Pielęgniarstwo w chirurgii

WYBRANE ZAGADNIENIA
Z ZAKRESU PIELĘGNIARSTW
SPECJALISTYCZNYCH

POD REDAKCJĄ
MARII T. SZEWCZYK
ROBERTA ŚLUSARZA

Recenzenci:
prof. dr hab. med. Marek Harat
prof. dr hab. Roman Ossowski
dr hab. med. Andrzej Kurylak

© Copyright by: BORGIS® *Wydawnictwo Medyczne*
Maria T. Szewczyk
Robert Ślusarz

Wszelkie prawa zastrzeżone. Fragmenty niniejszej książki mogą być wykorzystywane jako wybór tekstów, streszczenie lub kopia z powołaniem się na źródło, jednakże nie w celach komercyjnych.

ISBN 83-85284-59-1

Wydanie I
Warszawa 2006

Wydawca: BORGIS® *Wydawnictwo Medyczne*
02-739 Warszawa, ul. Wałbrzyska 3/5; tel./fax 836-96-69
e-mail: wydawnictwo@borgis.pl
www.borgis.pl

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Spis treści

ROZDZIAŁ 1
Rola, funkcja i zadania pielęgniarki w opiece nad osobą chorą
Maria T. Szewczyk, Robert Ślusarz 7

ROZDZIAŁ 2
Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego w okresie przedoperacyjnym
Maria T. Szewczyk, Katarzyna Cierzniakowska 13

ROZDZIAŁ 3
Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego w okresie pooperacyjnym
Katarzyna Cierzniakowska, Maria T. Szewczyk 21

ROZDZIAŁ 4
Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego z zaawansowanym niedokrwieniem kończyny dolnej zakończonym amputacją
Alina Stodolska, Violetta Górna, Justyna Cwajda 29

ROZDZIAŁ 5
Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego po usunięciu guzowatego wola tarczycy
Aleksandra Popow 41

ROZDZIAŁ 6
Postępowanie pielęgniarki wobec chorego na sali endoskopowej
Jolanta Bambrowicz, Katarzyna Cierzniakowska 47

ROZDZIAŁ 7
Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego przed zabiegiem operacyjnym wyłonienia stomii jelitowej
Maria T. Szewczyk, Justyna Cwajda 53

ROZDZIAŁ 8
Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego po zabiegu operacyjnym wyłonienia stomii jelitowej
Justyna Cwajda, Maria T. Szewczyk, Katarzyna Cierzniakowska 61

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

ROZDZIAŁ 9
Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego z założonym drenem
Violetta Górna, Katarzyna Cierzniakowska, Alina Stodolska 71

ROZDZIAŁ 10
Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego odżywionego drogą dojelitową
Katarzyna Cierzniakowska, Maria T. Szewczyk 83

ROZDZIAŁ 11
Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego narażonego na zakażenia wewnątrzszpitalne
Justyna Cwajda, Maria T. Szewczyk 93

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Przedmowa

Pielęgniarstwo jest zawodem o określonych celach i zadaniach, odpowiadającym na potrzeby społeczeństwa, należącym do dziedzin praktycznych i stale rozwijających się dyscyplin naukowych.

Książka zawiera 11 rozdziałów omawiających specjalistyczne zagadnienia z zakresu *pielęgniarstwa chirurgicznego*. Autorzy poszczególnych rozdziałów przedstawiają dotychczas nie opisane jeszcze w sposób zwarty działania pielęgniarskie w kontekście pełnionych funkcji. Większość rozdziałów została ujednolicona według wzoru: *charakterystyka psychofizyczna sylwetki chorego* i *działania pielęgniarki wobec chorego*.

Znaczącym jest fakt, iż współautorami poszczególnych rozdziałów są przede wszystkim pracownicy naukowo-dydaktyczni i specjaliści praktycy zatrudnieni m.in. w Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK.

Zaprezentowany układ treści dotyczący zagadnień związanych z postępowaniem okołooperacyjnym wraz z wyszczególnieniem wysokospecjalistycznych procedur pielęgniarskich odpowiada założeniom pielęgniarstwa europejskiego oraz pojęciu profesjonalizmu w pielęgniarstwie.

Oddajemy tę książkę w ręce pielęgniarek praktykujących i specjalizujących się w zakresie pielęgniarstwa chirurgicznego jak również i studentom pielęgniarstwa.

Maria T. Szewczyk i Robert Ślusarz

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Rozdział 1
Rola, funkcja i zadania pielęgniarki w opiece nad osobą chorą

Maria T. Szewczyk, Robert Ślusarz

„…Pielęgniarstwo i pielęgnowanie zajmuje się zdrowiem człowieka w różnych okolicznościach. Mogą to być stany i sytuacje związane z dobrym zdrowiem, z jego zagrożeniami, z chorobą, kalectwem i śmiercią. Może to dotyczyć konkretnego człowieka, rodziny, grup, szerszych społeczności itp. Naszymi pacjentami (klientami), mogą być osoby w różnym wieku od chwili przyjścia na świat. Zakres i charakter opieki, a co za tym idzie podejmowanie przez pielęgniarki funkcji i zadań, będzie się łączyć ze stanem zdrowia pacjentów, z ich wiekiem, z bieżącą sytuacją związaną z rodzajem i miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych…" [13].

Pod pojęciem **roli zawodowej pielęgniarki** należy rozumieć zbiór pełnionych przez nią funkcji wraz z oczekiwanymi zachowaniami i postawami. Treścią roli zawodowej pielęgniarki są zatem różnorodne zadania (działania) i czynności wykonywane według obowiązujących norm zawodowych (zasady postępowania zawodowego, oczekiwane wzory zachowań i postaw) [13, 14, 15].

Rolę pielęgniarki wyznaczają **funkcje zawodowe**, definiowane jako zespół złożonych zadań zawodowych i szczegółowych czynności, które podejmowane są na rzecz jednoznacznie określonego wspólnego celu [13, 14].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Zadanie, to z kolei określona część pracy, która powinna być wykonana w założonym terminie. Natomiast **czynność zawodowa** jest elementem zadania, ponieważ wykonywana jest po to, żeby zrealizować zadanie i osiągnąć wyznaczony cel [13, 14].

Przyjmuje się, że pielęgniarka pełni następujące funkcje zawodowe:

- terapeutyczną,
- opiekuńczą,
- rehabilitacyjną,
- profilaktyczną,
- promowania zdrowia,
- wychowawczą [1, 11, 12, 13, 14].

Wymienione funkcje zawodowe pielęgniarki bezpośrednio odnoszą się do jej roli zawodowej tzn. działań podejmowanych na rzecz podmiotu opieki (chorego) [6, 10, 11, 12, 13, 14, 15].

Celem działań pielęgniarki na rzecz podmiotu opieki w ramach realizowanej funkcji **opiekuńczej** jest:

- pomaganie podopiecznemu w rozwiązywaniu jego indywidualnych problemów wynikających z życia z chorobą lub niepełnosprawnością,
- pomaganie podopiecznemu w rozwiązywaniu problemów wynikających z jego indywidualnej reakcji na stosowane metody diagnozowania, leczenia, rehabilitacji,
- udzielanie wsparcia w cierpieniu i umieraniu [1, 11].

Celem działań pielęgniarki na rzecz podmiotu opieki w ramach realizowanej funkcji **wychowawczej** jest:

- motywowanie podopiecznego do podejmowania świadomej odpowiedzialności za swoje zdrowie i zdrowie swoich najbliższych,
- przygotowanie podopiecznego do samoopieki i świadczenia opieki nieprofesjonalnej [1, 11].

Celem działań pielęgniarki na rzecz podmiotu opieki w ramach realizowanej funkcji **promowania zdrowia** jest:

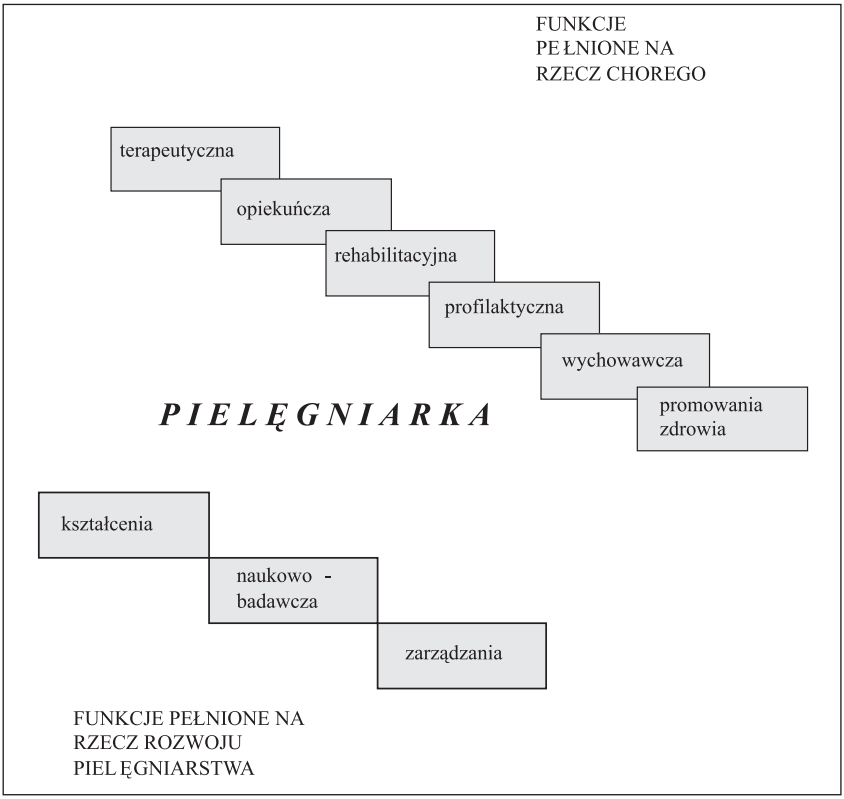
- wzmacnianie i potęgowanie zdrowia [1, 2, 11].

Celem działań pielęgniarki na rzecz podmiotu opieki w ramach realizowanej funkcji **profilaktycznej** jest:

- zapobieganie chorobom, niesprawności, urazom, wypadkom [1, 3, 11].

Celem działań pielęgniarki na rzecz podmiotu opieki w ramach realizowanej funkcji **terapeutycznej** jest:

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330



Ryc. 1. Funkcje zawodowe pielęgniarki.

• stosowanie zabiegów ustalonych w planie terapii [1, 4, 12].

Celem działań pielęgniarki na rzecz podmiotu opieki w ramach realizowanej funkcji **rehabilitacyjnej** jest:

• usprawnianie fizyczne, psychiczne, społeczne [1, 5, 11] [ryc. 1].

Oprócz pełnionych funkcji na rzecz podmiotu opieki, pielęgniarka wykonuje również zadania określone funkcją:

• kształcenia,

• naukowo-badawczą,

• zarządzania, a zwłaszcza zarządzanie własnym prozdrowotnym stylem życia przez osobę chorą [1, 7, 8, 9, 11, 12, 16].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Należy pamiętać, że funkcje pozostają takie same bez względu na **miejsce** (podstawowa opieka zdrowotna, stacjonarna opieka zdrowotna i in.), **czas** w którym opieka pielęgniarska jest świadczona i dostępne **środki** [13, 14]. Najbardziej znamienne dla zawodu są zadania, które przypisane są do **funkcji opiekuńczej i wychowawczej** [1, 11]. Związane jest to z rozumieniem pojęcia profesjonalnego pielęgnowania, gdzie **tylko pielęgniarka w procesie kształcenia przygotowywana jest do udzielania tego zakresu świadczeń** [11].

Poszczególne funkcje pielęgniarki są ze sobą wzajemnie powiązane, najczęściej wynikają jedna z drugiej. Omówienie wszystkich zadań pielęgniarki w opiece nad chorym wykracza poza ramy niniejszego opracowania. Podkreślić jednak należy, że kompetencje całego zespołu oraz zaangażowanie chorego i jego rodziny w proces opieki i leczenia mają istotny wpływ na wynik końcowy, jakim będzie uzyskanie przez chorego pełnej niezależności w wykonywaniu codziennych czynności i całkowita integracja społeczna. Chory, który włącza się w proces terapeutyczno-pielęgnacyjny najczęściej potrafi przejąć kontrolę nad własnym zdrowiem.

Piśmiennictwo

1. Ciechaniewicz W.: Pielęgniarstwo ćwiczenia. PZWL, Warszawa 2002.
2. Ciechaniewicz W.: Funkcje zawodowe pielęgniarek cz. V. Funkcja promowania zdrowia. Pielęgniarstwo 2000. 1998, 1, 20.
3. Ciechaniewicz W.: Funkcje zawodowe pielęgniarek cz. VI. Funkcja profilaktyczna. Pielęgniarstwo 2000. 1998, 2, 8.
4. Ciechaniewicz W.: Funkcje zawodowe pielęgniarek cz. VII. Funkcja terapeutyczna. Pielęgniarstwo 2000. 1998, 3-4, 9.
5. Ciechaniewicz W.: Funkcje zawodowe pielęgniarek cz. VIII. Funkcja rehabilitacyjna. Pielęgniarstwo 2000. 1998, 5, 21.
6. Ciechaniewicz W.: Funkcje zawodowe pielęgniarek cz. IX. Funkcje zawodowe bezpośrednie – podsumowanie. Pielęgniarstwo 2000. 1998, 6, 9.
7. Ciechaniewicz W.: Funkcje zawodowe pielęgniarek cz. X. Funkcja naukowo-badawcza. Pielęgniarstwo 2000. 1999, 1, 12-17.
8. Ciechaniewicz W.: Funkcje zawodowe pielęgniarek cz. XI. Funkcja kształcenia. Pielęgniarstwo 2000. 1999, 2, 36-41.
9. Ciechaniewicz W.: Funkcje zawodowe pielęgniarek cz. XII. Funkcja zarządzania. Pielęgniarstwo 2000. 1999, 3, 41-45.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 roku w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, dia-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

gnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (Dz. U. Nr 116, poz. 750).

11. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa. Założenia teoretyczne – tom I. Czelej, Lublin 2004.

12. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 91, poz. 410) z późniejszymi zmianami.

13. Wojnowska-Dawiskiba H.: Wprowadzenie do teorii i praktyki pielęgniarstwa. Wrocław 2003.

14. Wojnowska-Dawiskiba H.: Wybrane słowa kluczowe i standardy kwalifikacji zawodowych pielęgniarki. NRPiP, Warszawa 1999.

15. Wrońska I.: Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa. Warszawa, CEM, 1997.

16. Zahradniczek K.: Wprowadzenie do pielęgniarstwa. PZWL, Warszawa 1996.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Rozdział 2
Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego w okresie przedoperacyjnym

Maria T. Szewczyk, Katarzyna Cierzniakowska

Współczesna chirurgia zmierza w kierunku wyeliminowania działań wysoce inwazyjnych. Postęp techniczny i naukowy dokonujący się na naszych oczach prowadzi do uzyskiwania coraz lepszych wyników leczenia, a tym samym przedłużania życia. Techniki małoinwazyjne, do których można zaliczyć chirurgię endoskopową, endowaskularną czy chirurgię laparoskopową, pozwalają na przeprowadzanie zabiegów nawet u osób obarczonych dużym ryzykiem okołooperacyjnym. Dla człowieka dotkniętego chorobą wyrażenie świadomej zgody na leczenie operacyjne nierzadko stanowi poważny problem. Podjęcie tak ważnej decyzji niejednokrotnie wymaga konsultacji z członkami rodziny.

Ponadto z zabiegiem operacyjnym związane jest także występowanie ryzyka rozwoju zakażeń. Wszyscy chorzy hospitalizowani powinni być objęci działaniami prewencyjnymi, zapobiegającymi kontaminacji i zakażeniu florą szpitalną [7]. Działania prewencyjne powinny być przede wszystkim realizowane w odniesieniu do każdego chorego przebywającego w oddziale szpitalnym. Należy pamiętać, iż pewna grupa chorych, w związku z obecnością dodatkowych czynników ryzyka, zależnych np. od rodzaju choroby podstawowej może wymagać szczególnej troski, uwagi i opieki pielęgniarskiej skupiającej się na redukcji występujących zagrożeń [1, 5, 12].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

2.1. Charakterystyka sylwetki psychofizycznej chorego

Zabieg operacyjny postrzegany jest jako okaleczenie ciała. Najczęściej występują obawy przed znieczuleniem, bólem, unieruchomieniem, uzależnieniem od innych osób np. w zakresie utrzymania higieny ciała. Choremu towarzyszy poczucie wstydu związane z koniecznością zaspokajania potrzeb fizjologicznych w łóżku oraz niepewność – co będzie w przypadku gdy zabieg operacyjny nie przyniesie spodziewanych efektów? W tym trudnym momencie nie może zabraknąć udziału zespołu medycznego: chirurga, pielęgniarki, a w uzasadnionych sytuacjach także psychologa, rehabilitanta i innych.

Postawa pielęgniarki

Różnorodność i złożoność zabiegów operacyjnych zarówno pod względem jednostek chorobowych czy metod operacyjnych oraz specyfiki przyjmowania chorych (operacje planowe i „ostrodyżurowe"), wymaga od pielęgniarki wysokiego stopnia profesjonalizmu.

Wielokierunkowe poznanie problemów chorego, obserwacja, gromadzenie danych, refleksyjne myślenie wywierają pozytywny wpływ na postawę pielęgniarki wobec chorego i jego rodziny [1, 9, 15].

Profesjonalizm pielęgniarki nie opiera się wyłącznie na sprawności manualnej, szybkości wykonywania określonych czynności, ale przede wszystkim na wszechstronnym przygotowaniu teoretycznym i praktycznym. Znajomość podstaw anatomii i fizjologii, zagadnień klinicznych, procesów diagnostycznych i leczniczych oraz potencjalnych zagrożeń wpływa na poziom świadczonej opieki [15]. Pielęgniarka coraz częściej posiada nie tylko wysokie przygotowanie z zakresu pielęgniarstwa ogólnego, ale także specjalistyczne kwalifikacje z zakresu pielęgniarstwa klinicznego.

Ukierunkowane i specjalistyczne przygotowanie zawodowe upoważnia pielęgniarkę do realizowania planu opieki nad chorym operowanym, szczególnie w zakresie:

- przygotowania przedoperacyjnego,
- postępowania pooperacyjnego [3].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

2.2. Działania pielęgniarki wobec chorego w okresie przedoperacyjnym

Głównym celem działań pielęgniarskich jest jak najlepsze przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego. Priorytetem będzie więc zatem nawiązanie dobrej komunikacji z chorym i jego rodziną, poznanie historii choroby, sytuacji rodzinnej i zawodowej, zainteresowań i planów chorego na przyszłość.

Poznanie problemów psychologicznych pozwala pielęgniarce zaplanować opiekę opartą na aktywności chorego i jego współuczestnictwie, a także współdecydowaniu o całokształcie procesu leczenia [9, 10, 16].

Opieka przedoperacyjna rozpoczyna się w chwili poinformowania chorego przez lekarza o konieczności leczenia operacyjnego.

Działania diagnostyczne

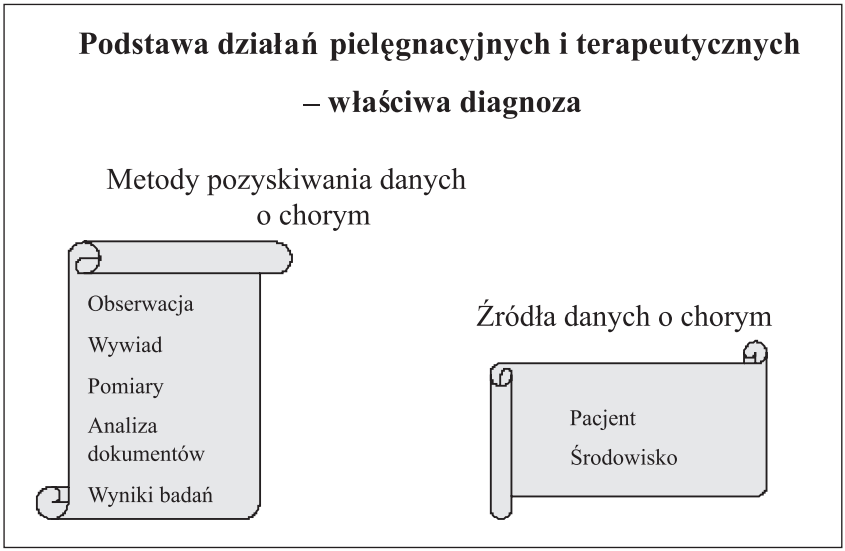
Podstawą czynności leczniczo-pielęgnacyjnych jest właściwie postawiona diagnoza. Pielęgniarka w zakresie opieki przedoperacyjnej bierze czynny udział w wykonywanych badaniach dodatkowych: laboratoryjnych, endoskopowych, radiologicznych, ultrasonograficznych czy bakteriologicznych. Samodzielnie na podstawie obserwacji chorego, przeprowadzonego wywiadu, dokonanych pomiarów i analizy dokumentacji formułuje diagnozę pielęgniarską [ryc. 1]. Na jej podstawie buduje plan indywidualnej opieki nad chorym. Diagnostyczne działania pielęgniarskie zmierzają w kierunku ogólnej oceny stanu zdrowia chorego w tym m.in.:

- pomiarów parametrów życiowych, masy ciała, wzrostu,
- rozpoznaniu ograniczenia sprawności ruchowej,
- zebraniu informacji o występujących chorobach współistniejących, ich przebiegu i leczeniu, odchyleniach od normy np.: obecności chorób metabolicznych (cukrzyca), występowaniu ogniska zakażenia, itp.
- określeniu stanu odżywienia [4, 6, 13, 14].

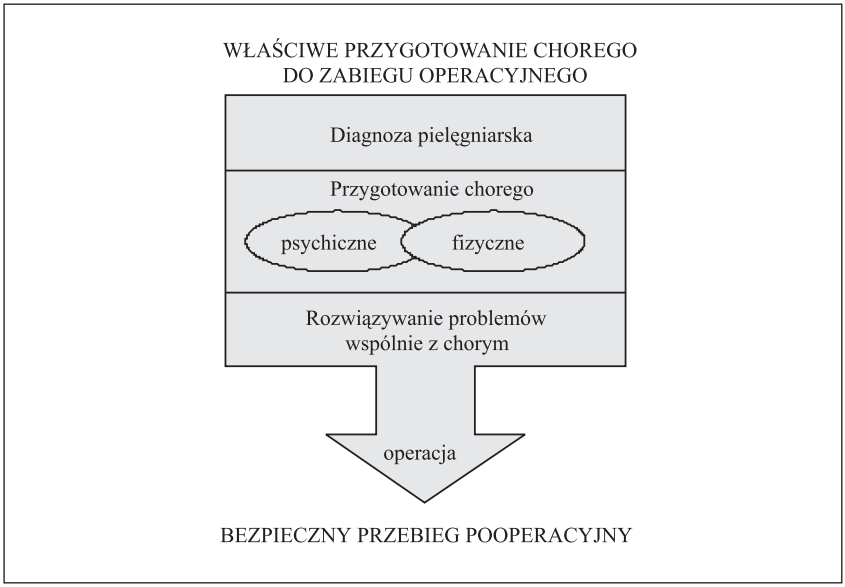
Działania opiekuńczo-terapeutyczne

Właściwe przygotowanie chorego do operacji w dużym stopniu warunkuje jej bezpieczny przebieg i proces leczenia pooperacyjnego [ryc. 2]. W okresie przedoperacyjnym czynności opiekuńczo-terapeutyczne, zaplanowane i oparte na właściwie postawionym rozpoznaniu, realizowane są najczęściej w wymiarze psychicznym i fizycznym.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330



Ryc. 1. Podstawy formułowania diagnozy pielęgniarskiej.



Ryc. 2. Przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Podstawą przygotowania psychicznego chorego do operacji jest:
- indywidualne traktowanie,
- zrozumienie problemów chorego,
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa,
- niwelowanie lęku,
- wyjaśnienie istoty zabiegu i sposobu znieczulenia [11].

Zakres przygotowania fizycznego zależy między innymi od: rodzaju zabiegu, trybu operacji, sposobu znieczulenia czy ogólnego stanu zdrowia chorego. Przedoperacyjne działania opiekuńczo-terapeutyczne obejmują:
- przygotowanie przewodu pokarmowego,
- przygotowanie układu moczowego,
- wykonanie dostępu dożylnego – uzupełnianie niedoborów elektrolitowych,
- wyjaśnienie choremu zasad żywienia w okresie pooperacyjnym,
- przygotowanie pola operacyjnego (przygotowanie skóry – toaleta, depilacja, dezynfekcja),
- zabezpieczenie preparatów krwi do zabiegu operacyjnego,
- profilaktykę przeciwzakrzepową,
- profilaktykę antybiotykową,
- usunięcie i zabezpieczenie protez, spinek, biżuterii, itp.,
- założenie bielizny operacyjnej,
- kontrolę dokumentacji,
- podanie premedykacji,
- transport chorego na salę operacyjną [2, 3, 10].

Działania rehabilitacyjne

Właściwym momentem na naukę wykonywania ćwiczeń oddechowych i ogólnousprawniających jest okres przedoperacyjny.

Pielęgniarka podejmuje wraz z chorym czynności z zakresu:
- gimnastyki oddechowej,
- nauki efektywnego kaszlu i odkrztuszania,
- kinezyterapii,

dostosowując tempo ćwiczeń do jego możliwości [3, 8, 11].

W pooperacyjnym prowadzeniu chorego ważną rolę odgrywa wczesne uruchamianie, mające na celu zapobieganie wielu groźnym powikłaniom ze strony układów krążenia, oddechowego i ruchu.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Działania profilaktyczne

Spośród wielu podejmowanych działań najważniejszym zadaniem jest prewencja zakażeń wewnątrzszpitalnych. Dotyczy wszystkich członków zespołu terapeutycznego, pracowników oddziału (w tym osób odpowiedzialnych za opracowanie i realizację standardów zapewniających utrzymanie właściwej higieny i czystości oddziału), chorych oraz osób odwiedzających.

Działania edukacyjne

Zadaniem pielęgniarki jest wyposażenie chorego w wiedzę dotyczącą właściwych zachowań w okresie pooperacyjnym. Informacje zdobyte przez chorego przed zabiegiem operacyjnym korzystnie wpływają na obniżenie poziomu lęku. Czas przeznaczony na rozmowę lub naukę pewnych czynności sprzyja budowaniu więzi emocjonalnej. W zakresie działań edukacyjnych chory zapoznaje się z poradnikami o treści odpowiadającej jego potrzebom.

Wprowadzanie standardów pielęgnowania chorych, profilaktyki i wdrażanie wytycznych postępowania okołooperacyjnego prowadzi do poprawy jakości opieki nad chorym.

Piśmiennictwo

1. Bamford O., Gibson FM.: The Clinical Nurse Specialist: perceptions of practising CNSs of their role and development Leeds. Journal of Clinical Nursing 2000, 9, 2, 282-292.

2. Cierzniakowska K., Szewczyk M.T.: Pacjent ze stomią w okresie okołooperacyjnym. Valetudinaria. Bydgoszcz 2003, 1-2, 84-90.

3. Cierzniakowska K., Szewczyk M.T., Cwajda J., Stodolska A., Jawień A., Banaszkiewicz Z.: Wybrane procedury w opiece okołooperacyjnej nad chorym ze stomią. Przewodnik Lekarza 2005, 2, 87-92.

4. Collins S., Parker E.: Podstawy pielęgniarstwa propedeutyka. PZWL, Warszawa 1994.

5. Evans C., Drennan V., Roberts J.: Practice nurses and older people: a case management approach to care. JAdv Nurs. 2005: 51, (4): 343-52.

6. Fibak J.: Chirurgia. PZWL, Warszawa 1996.

7. Gilcreast D.M., Warren J.B, Yoder L.H., Clark et al.: Research Comparing Three Heel Ulcer-Prevention Devices. Journal WOCN 2005, 32(2): 112-120.

8. Huber A., Karasek-Kreutzinger B., Jobin-Howald U.: Kompendium pielęgniarstwa. PZWL, Warszawa 1995.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

9. Hürlimann B., Hofer S., Hirter K.: The role of the clinical nurse specialist. International Nursing Review 2001; 48: 1, 58-64.

10. Majewski E., Zaniewski M.: Pielęgniarstwo chirurgiczne część I. Śląska AM, Katowice 2003.

11. Nowak A., Bąbel A.: Wpływ czasu oczekiwania na operację na procesy emocjonalne zachodzące u chorych w oddziale chirurgicznym. W: Wybrane zagadnienia z chirurgii. T-3. Mackiewicz Z. Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny. 1999, 435-437.

12. O'Connell B., Day K.,Wellman D.: Development, Implementation, and Evaluation of a Continence Education Package in Acute and Subacute Care Settings. Journal WOCN 2005, 32(2): 101-111.

13. Rowiński W., Dziak A.: Chirurgia dla pielęgniarek. PZWL, Warszawa 1994.

14. Szewczyk M.T.: Wpływ wdrożenia teorii procesu pielęgnowania na chorego chirurgicznego i na poziom opieki pielęgniarskiej. Ann. Acad. Med. Bydg. 1999, 13, 32-33.

15. Szewczyk M.T.: Współczesne koncepcje opieki pielęgniarskiej. Przewodnik Lekarza. 2005, 1, 86-91.

16. Szewczyk M.T., Cierzniakowska K., Stodolska A., Cwajda J., Górna V.: Proces pielęgnowania jako metoda pracy. Przewodnik Lekarza 2005, 4, 84-91.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Rozdział 3
Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego w okresie pooperacyjnym

Katarzyna Cierzniakowska, Maria T. Szewczyk

Skuteczność rekomendowanych w niniejszym rozdziale działań pielęgnacyjnych zależy od świadomości pielęgniarek jak również zaangażowania wszystkich członków interdyscyplinarnego zespołu opiekującego się chorym. Wdrażanie specjalistycznych procedur pielęgniarskich może znacznie ograniczyć występowanie powikłań pooperacyjnych opóźniających zdrowienie i wydłużających hospitalizację [3, 7, 8].

Częstość występowania powikłań pooperacyjnych, w tym również zakażeń szpitalnych, w dużym stopniu zależy od wiedzy personelu medycznego i jego świadomości co do występujących zagrożeń.

3.1. Charakterystyka sylwetki psychofizycznej chorego

Świadomość niektórych następstw i powikłań np. ze strony układu oddechowego, krążenia lub zakażenia rany pooperacyjnej może wywoływać lęk chorych o swoją przyszłość – począwszy od obaw o wydłużający się okres niezdolności do pracy i związaną z nią absencję zawodową, skończywszy na trwałych powikłaniach zdrowotnych, czy nawet inwalidztwie. Na przykład obawa o zakażenie rany pooperacyjnej może wzbudzać strach o konsekwencje nieprawidłowego procesu gojenia rany, związane np. z lękiem o życie czy wygląd zewnętrzny ciała [3, 15]. Towarzyszące zakaże-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

niu rany objawy miejscowe i ogólne, takie jak np. ból, miejscowy obrzęk, gorączka i osłabienie dodatkowo nasilają lęk chorego i wydłużają czas rekonwalescencji. Wystąpienie powikłań niezwiązanych bezpośrednio z przyczyną hospitalizacji, a wynikających z niedostatecznej profilaktyki może być przyczyną frustracji i żalu chorego oraz roszczeń do odszkodowania z tytułu doznanego urazu. Niektóre wymienione powyżej czynniki mogą rzutować na psychofizyczne funkcjonowanie chorego i kształtować jego stosunek do pielęgniarek i pracowników opieki medycznej.

Postawa pielęgniarki

Omówienie z chorym przebiegu okresu pooperacyjnego, uświadomienie potencjalnych zagrożeń i przedstawienie sposobów zapobiegawczych, motywowanie do współdziałania poprzez tworzenie atmosfery zaufania i troski, to tylko niektóre elementy działań pielęgniarskich wpływające na sylwetkę psychofizyczną chorego. Działania podjęte przed zabiegiem operacyjnym ograniczają, a czasami całkowicie niwelują powikłania pooperacyjne.

3.2. Działania pielęgniarskie wobec chorego

Opieka pooperacyjna kontynuowana w sposób ciągły od momentu przejęcia chorego z sali operacyjnej powinna zapewniać całkowite bezpieczeństwo. Dobra współpraca i komunikacja z zespołem operacyjnym (informacje dotyczące sposobu znieczulenia i przebiegu operacji, ilości przetoczonych płynów, podanych leków, założonych drenów i pozostałych istotnych elementów mających wpływ na dalszą pielęgnację) sprzyja podejmowaniu właściwych decyzji i czynności pielęgniarskich. Meritum troski o dobro chorego po każdym zabiegu chirurgicznym, niezależnie od jego rozległości i rodzaju obejmuje zapewnienie bezpieczeństwa, zapewnienie odpowiednich warunków (ciszy i spokoju) do odpoczynku i umożliwienie najszybszego powrotu do zdrowia.

Aktywność pielęgniarki w tym zakresie przejawia się w następujących działaniach:

Działania diagnostyczne

Polegają na diagnozowaniu stanu chorego, rozpoznawaniu jego potrzeb i czynników zagrażających prawidłowej pracy organizmu. Zaliczamy do nich:

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

• wykonywanie niezbędnych pomiarów (parametry życiowe, wydzieliny i wydaliny),
• udział w badaniach fizykalnych,
• pobieranie krwi i moczu do badań laboratoryjnych,
• pobieranie materiału mikrobiologicznego,
• przygotowanie i udział w badaniach specjalistycznych wykonywanych po operacji np.: cholangiografia przez dren Kehra,
• rozpoznanie stanu chorego i wynikających z niego problemów pielęgnacyjnych np.: trudności w akceptacji własnego obrazu ciała po operacji (chory ze stomią, chory po amputacji kończyny, chory po przeszczepach skóry w wyniku oparzenia), brak motywacji do odzyskiwania zdrowia, wysoka ciepłota ciała, zaburzenia pracy przewodu pokarmowego – biegunki, zaparcia, wymioty, itp. [10, 12, 14].

Działania terapeutyczne

Po zabiegu operacyjnym pielęgniarka udziela choremu pomocy w takim zakresie, aby odzyskał on w jak najkrótszym czasie pełną sprawność i zdolności samoopiekuńcze. Czynności pielęgnacyjno-lecznicze obejmują:
• monitorowanie parametrów życiowych chorego (stan świadomości, RR, tętno, oddech, zabarwienie skóry, temperatura, diureza), zapisywanie ich w dokumentacji oraz interpretację odchyleń od normy,
• tlenoterapię,
• obserwację rany pooperacyjnej, higienę rany w tym zmianę opatrunku,
• ocenę funkcji drenów, sondy, cewników,
• ocenę dolegliwości bólowych i ich niwelowanie,
• kinezyterapię, pomoc przy zmianie pozycji i uruchamianiu,
• udział w leczeniu farmakologicznym,
• założenie i systematyczną pielęgnację wkłuć dożylnych,
• prawidłowe odżywianie (drogą pozajelitową, dojelitową i doustną),
• pomoc w zabiegach higienicznych,
• rehabilitację oddechową (regularne wykonywanie ćwiczeń oddechowych, efektywny kaszel i odkrztuszanie – ochrona rany pooperacyjnej, oklepywanie klatki piersiowej, uruchamianie chorego),
• ocenę ryzyka wystąpienia powikłań pooperacyjnych, zapobieganie poprzez wczesne wykrycie i podejmowanie właściwych działań w przypadku ich wystąpienia,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

- rozwiązywanie indywidualnych problemów pielęgnacyjnych,
- przygotowanie chorego do wypisu [1, 2, 4, 6, 11, 14].

Działania rehabilitacyjne

Obok usprawniania fizycznego chorych operowanych należy wyróżnić usprawnianie psychiczne i społeczne [ryc. 1]. Pielęgniarka w swych działaniach dozuje opiekuńczość i jednocześnie aktywizuje chorego.

W zakresie rehabilitacji fizycznej pielęgniarka realizuje zapoczątkowane wcześniej działania. Chory najczęściej umie już wykonywać ćwiczenia z zakresu gimnastyki oddechowej i ruchowej. Jednak wykonywanie ich może ulegać zaburzeniu poprzez obecność dolegliwości bólowych, szczególnie podczas napinania linii szwów, poprzez nasenne działanie niektórych środków farmakologicznych. Może pojawić się lęk przed aktywnością i wykonywaniem jakichkolwiek ruchów. Wyjaśnienie celu usprawniania leczniczego, opanowanie bólu, obecność przy chorym oraz dobór prostych ćwiczeń, biernych i czynnych wpływa na chorego mobilizująco i aktywizująco. Tempo gimnastyki oddechowej i ruchowej nie powinno powodować przemęczenia. Przywracanie sprawności fizycznej można rozpocząć w pierwszych godzinach pooperacyjnych o ile nie występują przeciwwskazania. Pamiętając jednak zawsze o możliwościach chorego i wykonaniu w pierwszej kolejności biernych, a w drugiej ćwiczeń czynnych [2, 3].

Rehabilitacją psychiczną najczęściej objęci zostają chorzy, u których między innymi:

- występuje obniżenie nastroju,
- rozpoznano lęk przed konsekwencjami leczenia operacyjnego – okaleczenie,
- występuje niepokój związany z obawą przed powrotem do środowiska zamieszkania (może on wynikać z ograniczenia sprawności w samopielęgnacji),
- występuje obawa przed rozpoznaniem i/lub potwierdzeniem występowania choroby nowotworowej.

Podjęcie działań określających zapotrzebowanie chorego na wsparcie będzie polegało m.in. na: aktywizowaniu zasobów psychicznych chorego, budowaniu nadziei i osiągnięciu pozytywnego stosunku do leczenia.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Celem rehabilitacji społecznej jest z kolei przystosowanie chorego do alienacji w rodzinie i środowisku. Poza działaniem pielęgniarki, obecność grup wsparcia, takich jak: rodzina, wolontariat czy organizacje społeczne mogą okazać się cenne w wywieraniu pozytywnego wpływu na zdrowie i życie chorego [3].

Działania edukacyjne

Wnikliwa edukacja jest podstawą w przygotowaniu chorego do samodzielnego i aktywnego życia.

Obszary działań edukacyjnych w chirurgii:

- toaleta rany pooperacyjnej,
- postępowanie dietetyczne (szczególnie chorzy odżywiani przez gastrostomię czy jejunostomię; zapobieganie biegunkom i zaparciom; sposoby przyrządzania posiłków),
- ćwiczenia wzmacniające mięśnie brzucha – zapobieganie występowaniu przepukliny w bliźnie pooperacyjnej,
- zakres wiedzy dotyczącej dozowania wysiłku fizycznego,
- edukacja w zakresie metod zaprzestania palenia tytoniu,
- informacja na temat kontroli pooperacyjnej w poradni chirurgicznej,
- edukacja w zakresie zasad przyjmowania leków i kontynuacji leczenia farmakologicznego (leki doustne, iniekcje podskórne – leki przeciwzakrzepowe, insulina),
- rehabilitacja ruchowa – sposoby wykorzystania kul łokciowych, balkoników, wózka inwalidzkiego,
- nauka kompresjoterapii,
- nauka samopielęgnacji chorych np. ze stomią [1, 2, 5, 8, 14].

Działania profilaktyczne

Każda interwencja chirurgiczna obarczona jest ryzykiem wystąpienia komplikacji pooperacyjnych. Szeroko zakrojone czynności zapobiegawcze mają na celu niwelowanie lub ograniczenie rozmiarów i skutków powikłań. Pielęgniarka prowadzi profesjonalną profilaktykę dotyczącą:

- zakażeń pooperacyjnych,
- chorób płuc,
- zaburzeń kardiologicznych,
- zapaleń żył po kaniulacji,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

- zakrzepicy żył kończyn dolnych,
- przeciwodleżynową,
- zaburzeń pracy przewodu pokarmowego,
- zaburzeń ze strony układu moczowego.

Ponadto troszczy się o bezpieczeństwo fizyczne

– zapobieganie upadkom – tu szczególną opieką obejmuje chorych w starszym wieku i bezpieczeństwo psychiczne – obniżenie poziomu lęku [4, 8, 11].

Interdyscyplinarność działań pielęgniarskich może zmniejszyć liczbę powikłań opóźniających proces zdrowienia chorego, wydłużających jego hospitalizację oraz angażujących dodatkowe środki finansowe. Zapewnia jednocześnie wysoki poziom świadczeń pielęgnacyjnych należny każdemu choremu.

PIŚMIENNICTWO

1. Bamford O., Gibson F.M.: The Clinical Nurse Specialist: perceptions of practising CNSs of their role and development Leeds. Journal of Clinical Nursing 2000, 9, 2, 282-292.

2. Cierzniakowska K., Szewczyk M.T.: Pacjent ze stomią w okresie okołooperacyjnym. Valetudinaria. Bydgoszcz 2003, 1-2, 84-90.

3. Cierzniakowska K., Szewczyk M.T., Cwajda J., Stodolska A., Jawień A., Banaszkiewicz Z.: Wybrane procedury w opiece okołooperacyjnej nad chorym ze stomią. Przewodnik Lekarza 2005; 2: 87-92.

4. Evans C., Drennan V., Roberts J.: Practice nurses and older people: a case management approach to care. J Adv Nurs. 2005, 51, (4): 343-52.

5. Fibak J.: Chirurgia. PZWL, Warszawa 1996.

6. Gilcreast D.M., Warren J.B., Yoder L.H., Clark., et al.: Research Comparing Three Heel Ulcer-Prevention Devices. Journal WOCN 2005, 32, (2): 112-120.

7. Gospodarek E,. Mikucka A.: Czynniki ryzyka miejsca operowanego. Zakażenia 2005, 3, 87-91.

8. Gruza Z., Stefaniak T., Głowacki J., Connor S., Makarewicz W. Śledziński Z.: Zakażenie miejsca operowanego. Zakażenia 2004, 6, 22.

9. Hürlimann B., Hofer S., Hirter K.: The role of the clinical nurse specialist. International Nursing Review 2001, 48, 1, 58-64.

10. Kruk D.: Przygotowanie pacjenta do planowej operacji wyłonienia stomii jelitowej. Troska. 2001, 2, 4-6.

11. Majewski E., Zaniewski M.: Pielęgniarstwo chirurgiczne część I. Śląska AM, Katowice, 2003.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

12. Nowak A., Bąbel A.: Wpływ czasu oczekiwania na operację na procesy emocjonalne zachodzące u chorych w oddziale chirurgicznym. W: Wybrane zagadnienia z chirurgii. T-3. Mackiewicz Z. Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny. 1999, 435-437.

14. O'Connell B., Day K.,Wellman D.: Development, Implementation, and Evaluation of a Continence Education Package in Acute and Subacute Care Settings. Journal WOCN 2005 32, (2): 101-111.

13. Rowiński W., Dziak A.: Chirurgia dla pielęgniarek. PZWL, Warszawa 1994.

14. Szewczyk M.T.: Współczesne koncepcje opieki pielęgniarskiej. Przewodnik Lekarza. 2005, 1, 86-91.

15. Szewczyk M.T., Cwajda J., Jawień A.: Utrzymanie integralności skóry. Zakażenia 2005, 3, 92-95.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Rozdział 4
Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego z zaawansowanym niedokrwieniem kończyny dolnej zakończonym amputacją

Alina Stodolska, Violetta Górna, Justyna Cwajda

Aktualnie przeważają amputacje selektywne, zaplanowane. Wykonuje się je w sytuacji, gdy odcięcie kończyny jest nieuniknione, lecz stan ogólny chorego i stan miejscowy kończyny pozwalają na wybór najlepszego poziomu i najlepszej techniki odjęcia zgodnie z wymogami następowej rehabilitacji chorego [6, 7, 8].

Krytyczne niedokrwienie kończyn dotyka chorych najczęściej w starszym wieku i spowodowane jest miażdżycą. Patofizjologia w głównej mierze zależy od istotności hemodynamicznej i liczby zwężeń w tętnicach obwodowych. Konieczność amputacji kończyny z przyczyn naczyniowych związana jest z pojęciem „ostrego niedokrwienia kończyny" oraz stanem „krytycznego niedokrwienia kończyny".

Ostre niedokrwienie kończyny (ONK) oznacza szybko postępujące lub nagłe upośledzenie ukrwienia kończyny grożące jej utratą [3].

ONK może wystąpić u osoby, która wcześniej nie miała objawów niedokrwienia. Podstawowe znaczenie ma jak najszybsze udrożnienie tętnicy, gdyż ryzyko utraty kończyny wzrasta wraz z czasem niedokrwie-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

nia. Częstość amputacji jest wprost proporcjonalna do czasu upływającego od wystąpienia ONK do interwencji (6% amputacji <12 h, 12%-13-24 h, 20% – > 24 h) [2, 3].

Krytyczne niedokrwienie kończyny (KNK) odnosi się do wszystkich chorych z przewlekłym spoczynkowym bólem niedokrwiennym, owrzodzeniami lub martwicą kończyny występującymi w związku z obiektywnie potwierdzonymi zmianami miażdżycowymi kończyn [2].

Przyjmuje się, że w większości przypadków KNK konieczne będzie wykonanie dużej amputacji w ciągu 6-12 miesięcy, jeśli nie dojdzie do istotnej poprawy hemodynamicznej [1, 2]. Termin KNK w odróżnieniu od ONK zakłada przewlekły charakter choroby [2, 3].

4.1. Charakterystyka sylwetki psychofizycznej chorych

Krytyczne niedokrwienie kończyn dotyczy zazwyczaj chorych w podeszłym wieku, częściej płci męskiej i w ogromnej ilości przypadków jest spowodowane miażdżycą. Przewlekłe niedokrwienie powoduje: chromanie przestankowe, ból spoczynkowy, martwicę tkanek. Poza tym u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych stwierdza się uszkodzenie mięśni szkieletowych, spowodowane dystalnym odnerwieniem aksonalnym, prowadzącym do utraty włókien mięśniowych i umiarkowanego zaniku niedokrwionego mięśnia. Znacznie upośledzony jest metabolizm tlenowy. Dochodzi do nagromadzenia pośrednich metabolitów utleniania, takich jak acylokarnityny. Zmniejszona jest siła mięśniowa, gorsza ich funkcja i ograniczona wydolność wysiłkowa [2].

4. 2. Działania pielęgniarki wobec chorego

Działania diagnostyczne

Charakterystycznym i powtarzalnym objawem przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych jest chromanie przestankowe, które w większości przypadków wystarcza do ustalenia rozpoznania. W wywiadzie z chorym istotne znaczenie ma ustalenie:

– lokalizacji bólu;
– czasu trwania dolegliwości;
– jaki jest obecnie dystans, który pacjent pokonuje, zanim pojawi się ból zmuszający do zatrzymania się;

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

– ile czasu potrzeba, aby po zakończeniu wysiłku ból ustąpił;
– rodzaju spoczynku lub pozycji, w którym ból ustępuje (stojąca, siedząca, leżąca);
– czy ból powraca po tym samym czasie i po pokonaniu tego samego dystansu;
– czy ból występuje w spoczynku [ryc. 1].

Po odnotowaniu wszystkich dolegliwości swoistych dla przewlekłego niedokrwienia kończyn należy ustalić obecność czynników ryzyka miażdżycy, która rzadko występuje bez przynajmniej jednego z nich. Do czynników tych należą: palenie tytoniu, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia i nadkrzepliwość krwi. Należy odnotować, od ilu lat chory pali i ile papierosów dziennie wypala. U chorych na cukrzycę lub nadciśnienie tętnicze należy ustalić czas trwania choroby, sposób i efekty leczenia. W przypadku hiperlipidemii często stwierdza się w wywiadzie osobniczym lub rodzinnym przebyty zawał serca, udar mózgu, naczyniową operację rekonstrukcyjną lub amputację, a u chorych z nadkrzepliwością – incydenty zakrzepowo-zatorowe. Potencjalne znaczenie terapeutyczne ma również rozpoznanie chorób współistniejących, które mogą nasilać chromanie, takich jak: niedokrwistość, czerwienica, niewydolność serca, zaburzenia rytmu serca i choroby płuc przebiegające z hipoksemią. Trzeba również pamiętać, że miażdżyca często obejmuje jednocześnie różne łożyska naczyniowe i niedokrwienie kończyn współistnieje z chorobą wieńcową czy zwężeniem tętnic szyjnych. Zebranie pełnego wywiadu jest niezwykle ważnym elementem w ustalaniu planu leczenia i pielęgnacji chorego [2, 3].

Udział pielęgniarki w badaniu podmiotowym chorego polega na:

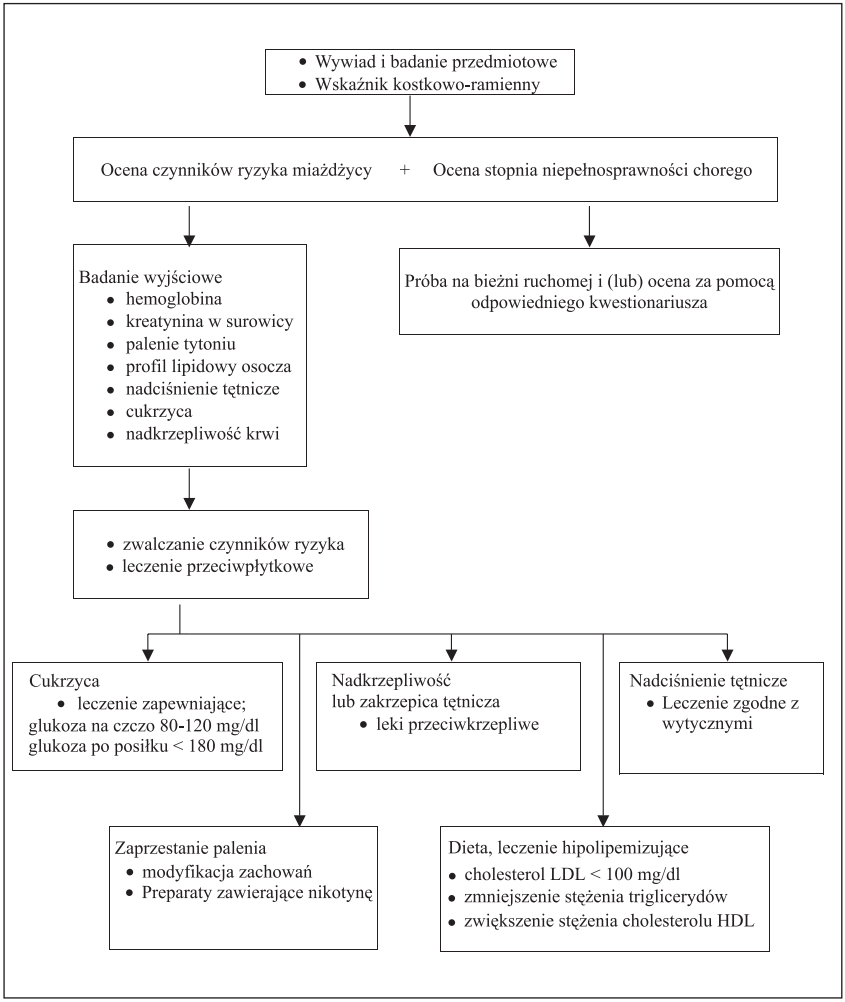
• pomiarze ciśnienia tętniczego krwi i tętna, dzięki czemu można wykryć nadciśnienie tętnicze i niemiarowość pracy serca,

• ocenie oddechu i odnotowaniu objawów wskazujących na niewydolność oddechową,

• ocenie skóry i paznokci kończyn dolnych pod kątem nieprawidłowego zabarwienia i temperatury oraz takich zmian, jak obrzęk, blizny po wcześniejszych owrzodzeniach i tzw. zmiany troficzne spowodowane ciężkim, przewlekłym niedokrwieniem: cienka, sucha skóra, utrata owłosienia, zanik tkanki podskórnej i pogrubienie paznokci,

• ocenie palpacyjnej tętna na obu kończynach na tętnicach: udowej, podkolanowej, piszczelowej tylnej i grzbietowej stopy. Tętno można skla-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330



Ryc. 1. Postępowanie diagnostyczne wobec chorego z przewlekłym niedokrwieniem kończyny dolnej.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

syfikować następująco: 0 – brak, 1 – słabo wypełnione, 2 – prawidłowe [2, 9].

Rutynowe badania pomocnicze u chorych z chromaniem przestankowym wykonuje się w celu wykrycia usuwalnych czynników ryzyka miażdżycy oraz chorób współistniejących. Udział pielęgniarki polega na pobraniu krwi chorego w celu oznaczenia: morfologii krwi obwodowej, liczby płytek, glikemii na czczo lub hemoglobiny glikowanej, stężenia mocznika lub kreatyniny w surowicy oraz stężenia cholesterolu całkowitego, HDL, LDL i triglicerydów. Dodatkowo przydatnym badaniem jest opad erytrocytów (OB), a także badanie moczu w kierunku glukozurii i białkomoczu.

Standardowym badaniem, wykonywanym we wszystkich przypadkach diagnozowania chromania przestankowego jest pomiar wskaźnika kostkowo-ramiennego (WK/R) za pomocą ultradźwiękowego detektora przepływu krwi W specjalistycznych klinikach naczyniowych przeszkolone pielęgniarki mogą oznaczać WK/R. Dodatkowe specjalistyczne badania wykonuje się u chorych z chromaniem przestankowym w celu potwierdzenia rozpoznania lub uzyskania informacji mogących w istotny sposób wpłynąć na dalsze postępowanie, zwłaszcza leczenie operacyjne. Badaniem droższym i bardziej inwazyjnym jest angiografia wykonywana w prawie każdym przypadku krytycznego niedokrwienia, zagrażającego utratą kończyny. Rola pielęgniarki polega na psychicznym i fizycznym przygotowaniu chorego do badania i towarzyszeniu podczas zabiegu [2, 3].

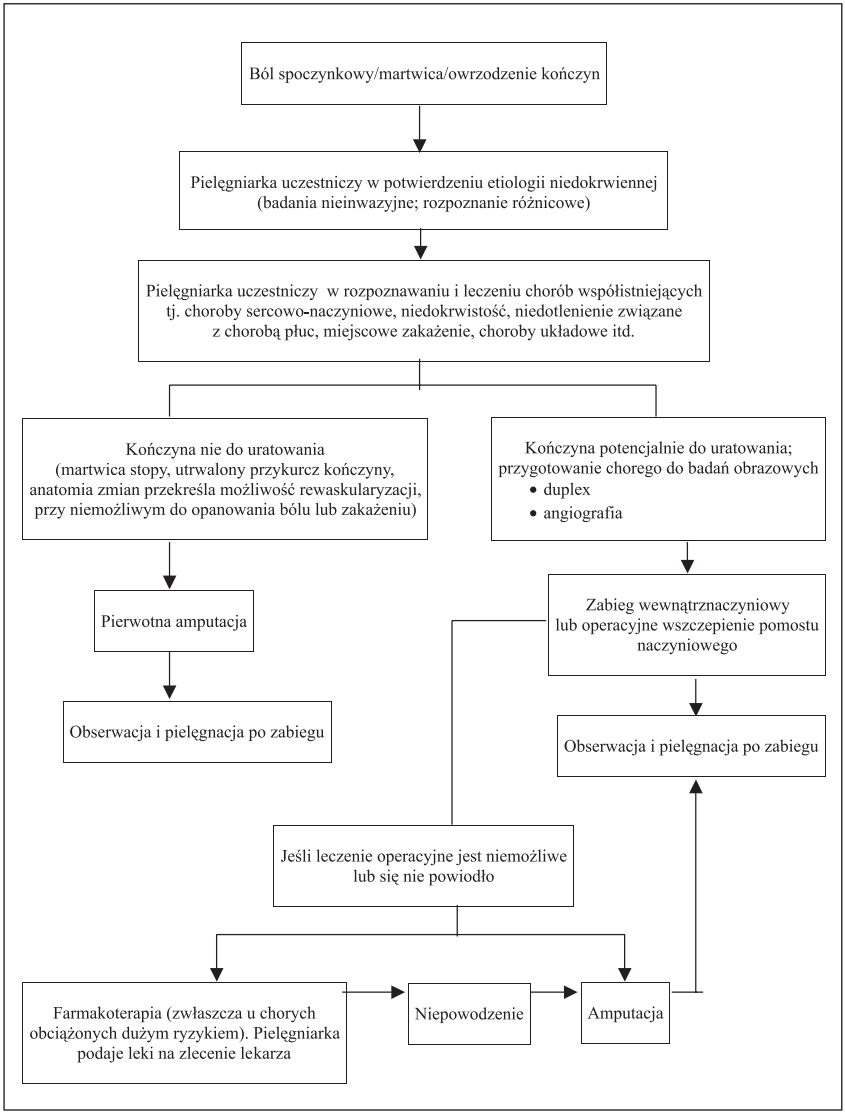
Działania terapeutyczne

Pielęgniarka uczestniczy w leczeniu podstawowym chorego z niedokrwieniem kończyn oraz specjalistycznym, kiedy istnieją wskazania do operacji rekonstrukcyjnych lub amputacji [ryc. 2].

Leczenie podstawowe polega na modyfikacji czynników ryzyka miażdżycy, leczeniu przeciwpłytkowym i wdrożeniu rehabilitacji ruchowej. Do czynników ryzyka miażdżycy tętnic obwodowych, które można usunąć, należą w kolejności ważności: palenie tytoniu, otyłość, cukrzyca, hiperlipidemia, nadciśnienie tętnicze [2, 3].

Palenie tytoniu zwiększa ryzyko rozwoju miażdżycy tętnic obwodowych 2-3-krotnie, a chorzy na miażdżycę, którzy nadal palą, są bardziej zagrożeni postępem choroby oraz wystąpieniem zawału serca, udaru

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330


Ból spoczynkowy/martwica/owrzodzenie kończyn
Pielęgniarka uczestniczy w potwierdzeniu etiologii niedokrwiennej (badania nieinwazyjne; rozpoznanie różnicowe)
Pielęgniarka uczestniczy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób współistniejących tj. choroby sercowo-naczyniowe, niedokrwistość, niedotlenienie związane z chorobą płuc, miejscowe zakażenie, choroby układowe itd.
Kończyna nie do uratowania (martwica stopy, utrwalony przykurcz kończyny, anatomia zmian przekreśla możliwość rewaskularyzacji, przy niemożliwym do opanowania bólu lub zakażeniu)
Kończyna potencjalnie do uratowania; przygotowanie chorego do badań obrazowych
• duplex
• angiografia
Pierwotna amputacja
Zabieg wewnątrznaczyniowy lub operacyjne wszczepienie pomostu naczyniowego
Obserwacja i pielęgnacja po zabiegu
Obserwacja i pielęgnacja po zabiegu
Jeśli leczenie operacyjne jest niemożliwe lub się nie powiodło
Farmakoterapia (zwłaszcza u chorych obciążonych dużym ryzykiem). Pielęgniarka podaje leki na zlecenie lekarza
Niepowodzenie
Amputacja

Ryc. 2. Algorytm postępowania z chorym z krytycznym niedokrwieniem kończyny dolnej.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

mózgu i zgonem. Dlatego zaprzestanie palenia tytoniu stanowi podstawową składową leczenia chorych z chromaniem przestankowym [2, 4].

Otyłość. Dystans chromania może być bezpośrednio związany z masą ciała chorego. Otyli chorzy z chromaniem przestankowym odnoszą bezpośrednią korzyść z redukcji masy ciała, polegającą na wydłużeniu dystansu chromania.

Cukrzyca. Cukrzyca jest silnym czynnikiem rozwoju i postępu miażdżycy tętnic kończyn dolnych. U chorych na cukrzycę i miażdżycę należy dążyć do normalizacji glikemii. Stężenie glukozy na czczo powinno wynosić 80-120 mg/dl, a po posiłku <180 mg/dl. Chorzy na cukrzycę są szczególnie zagrożeni rozwojem owrzodzeń stóp, gdyż zmianom naczyniowym towarzyszy neuropatia. Dlatego należy pouczyć chorego i jego rodzinę o konieczności regularnego badania stóp i noszenia odpowiedniego obuwia oraz celowości kontroli w poradniach specjalistycznych [2, 5].

Hiperlipidemia. Głównymi lipidowymi czynnikami ryzyka miażdżycy tętnic obwodowych są: zwiększone stężenie cholesterolu frakcji LDL i triglicerydów oraz małe stężenie cholesterolu frakcji HDL. U wszystkich chorych na miażdżycę powinno się oznaczać profil lipidowy osocza. W razie stwierdzenia hiperlipidemii należy w pierwszej kolejności zalecić modyfikację diety. Jeśli to okaże się nieskuteczne, tj. jeśli stężenie cholesterolu LDL nie zmniejszy się do <100 mg/dl, należy zastosować leczenie farmakologiczne.

Nadciśnienie tętnicze. Celem leczenia hipotensyjnego u chorego z chromaniem przestankowym jest zapobieganie zawałowi serca, udarowi mózgu i śmierci z przyczyn sercowo-naczyniowych. Trzeba jednak zdawać sobie sprawę z tego, że znaczne obniżenie ciśnienia może spowodować nasilenie chromania. Mimo to chorzy powinni rozumieć, że większym zagrożeniem jest dla nich niekontrolowane nadciśnienie tętnicze niż chromanie przestankowe. Należy też pamiętać, że nadciśnienie tętnicze może być spowodowane miażdżycą tętnic nerkowych, zwłaszcza w grupie chorych z chromaniem przestankowym.

Stany nadkrzepliwości krwi. U chorych z chromaniem przestankowym, nadkrzepliwością krwi i potwierdzoną zakrzepicą tętniczą lub żylną jedynym dostępnym sposobem leczenia jest stosowanie doustnego antykoagulantu.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Zadaniem pielęgniarki jest przypominanie i/lub pomoc choremu w regularnym przyjmowaniu leków hipotensyjnych, doustnych antykoagulantów oraz okresowe monitorowanie ciśnienia tętniczego i czynnika krzepnięcia INR zgodnie z zaleceniem lekarza. Chory powinien być zapoznany z działaniem przyjmowanych leków i sposobem postępowania przy zauważeniu objawów przedawkowania antykoagulantu.

Badania kontrolne wskazują na korzyści leczenia przeciwpłytkowego u chorych na miażdżycę tętnic kończyn dolnych. Kwas acetylosalicylowy (ASA) i inne leki przeciwpłytkowe odgrywają istotną rolę w długofalowym leczeniu miażdżycy. Leki te zmniejszają ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych. Uważa się, że wszyscy chorzy na miażdżycę tętnic obwodowych (z objawami i bez objawów) powinni przyjmować ASA w małej dawce w przedziale 75-350 mg/d lub inny lek przeciwpłytkowy (jeśli nie ma przeciwwskazań) [2].

Wdrożenie programu rehabilitacyjnego u chorych z chromaniem przestankowym prowadzi do klinicznie istotnej poprawy. Zalecany wysiłek może mieć różne natężenie – od normalnego chodzenia do nadzorowanego, dozowanego wysiłku na bieżni ruchomej. Z licznych badań wynika, że u chorych z chromaniem przestankowym ćwiczenia fizyczne pozwalają chodzić lepiej i szybciej bez bólu oraz poprawiają ogólną wydolność wysiłkową. Aby nie zaprzepaścić odniesionych korzyści, chorych należy nakłaniać do kontynuowania ćwiczeń pod nadzorem lub samodzielnie. Ćwiczenia fizyczne należy traktować jako składową leczenia chorych z chromaniem przestankowym. Wszelkie ćwiczenia po amputacji kończyn dolnych powinny być wykonywane w uzgodnieniu z terapeutą, gdyż istnieje ryzyko, iż samodzielnie źle dobrane ćwiczenia nieodwracalnie pogorszą możliwości rehabilitacji.

Leczenie usprawniające, na które składa się m.in. wykonanie protezy oraz nauka posługiwania się nią, ma za zadanie przywrócenie choremu po amputacji możliwość sprawnego, samodzielnego funkcjonowania w środowisku [2, 6, 7].

Kontakt z chorym przyjętym z ostrym niedokrwieniem kończyny wymaga od lekarza jak i pielęgniarki podjęcia szybkich i zdecydowanych działań. ONK wywołuje 5 objawów: ból, brak tętna, zblednięcie, parestezje i porażenie. Niezmiernie ważne przy ustalaniu poszczególnych objawów jest porównanie z drugą kończyną. Objawy te są pomocne w ba-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

daniu przedmiotowym chorego. Ostre niedokrwienie kończyny wymaga niezwłocznego wdrożenia leczenia. Nawet w obliczu bezpośredniego zagrożenia kończyny należy wykonać podstawowe badania krwi. Trzeba natychmiast pobrać krew na badanie krzepliwości, zanim poda się heparynę. U każdego chorego należy wykonać elektrokardiogram. Podstawowe znaczenie ma jak najszybsze udrożnienie kończyny. Natychmiastowe wdrożenie leczenia przeciwkrzepliwego heparyną zmniejsza częstość powikłań i śmiertelność. Należy opanować ból, stosując odpowiednie metody analgezji. Niezwłoczna operacja rewaskularyzacyjna jest wskazana w przypadku bezpośredniego zagrożenia kończyny. Wykonanie pierwotnej amputacji preferuje się u chorych z długotrwałym nieodwracalnym niedokrwieniem, a także gdy w ocenie klinicznej rewaskularyzacja kończyny mogłaby spowodować zagrożenie dla życia chorego (powikłania metaboliczne, niewydolność nerek, zatorowość płucna, zaburzenia rytmu lub niewydolność serca). Sytuacja taka ma miejsce, gdy chory trafia do lekarza ze znacznym opóźnieniem. Zadaniem pielęgniarki jest podanie zleconych leków, ścisły nadzór chorego oraz przygotowanie fizyczne i psychiczne do zabiegu operacyjnego, ustalonego najczęściej w trybie pilnym [2, 7, 9].

Charakterystycznymi objawami krytycznego niedokrwienia kończyn są; spoczynkowy ból niedokrwienny i bolesne owrzodzenie. Ból jest głównie wywołany przez niedokrwienie skóry dystalnej części kończyny. Zwalczanie bólu ma podstawowe znaczenie. U chorych, u których rewaskularyzacja nie jest możliwa, konieczne bywa stosowanie paracetamolu, niesteroidowych leków przeciwzapalnych lub opioidów. Zwalczanie bólu powinno być zindywidualizowane i obejmować różnorodne środki. U wszystkich chorych należy oceniać natężenie bólu. Najbardziej przydatne są proste punktowe skale natężenia bólu – od 0 do 10 punktów, przy czym 0 oznacza nieobecność bólu, a 10 – ból nie do zniesienia, o największym nasileniu. Leczenie jest zazwyczaj skuteczniejsze, jeśli analgetyki podaje się w regularnych odstępach czasu, a nie na żądanie chorego. Zmniejszenie natężenia bólu można często uzyskać poprzez opuszczenie niedokrwionej kończyny. Inną skuteczną metodą zwalczania bólu jest blokada zewnątrzoponowa [2]. Ponieważ u chorych z ciężkim niedokrwieniem kończyn dolnych często współistnieje miażdżyca tętnic wieńcowych, mózgowych i nerkowych ryzyko operacji jest u nich

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

znacznie większe. Dlatego należy jednoznacznie określić wskazania do amputacji oraz poziom odjęcia kończyny, aby uniknąć potrzeby rewizji lub powtórnej amputacji. Wskazaniem do pierwotnej dużej amputacji kończyny dolnej są zaawansowane zmiany niedokrwienne, którym towarzyszy niemożliwy do opanowania ból lub zakażenie, w sytuacji gdy:

– zmiany zarostowe wykluczają leczenie rewaskularyzacyjne;

– doszło do martwicy stopy w miejscach obciążanych podczas chodzenia lub stania;

– doszło do utrwalonego przykurczu kończyny;

– oczekiwany czas przeżycia chorego jest krótki z powodu choroby współistniejącej [2].

Najczęstszym powodem wtórnej amputacji kończyn jest zamknięcie wszystkich głównych naczyń na obwodzie w wyniku postępującej miażdżycy, co przekreśla możliwości dalszych operacji rewaskularyzacyjnych oraz utrzymujące się zakażenie pomimo leczenia rewaskularyzacyjnego. Celem wtórnych amputacji jest zniesienie bólu niedokrwiennego, całkowite usunięcie zakażonych i martwiczych tkanek, osiągnięcie pełnego zagojenia i wytworzenie kikuta, który będzie można następnie zaprotezować i uruchomić chorego [1, 3].

Działania opiekuńcze i rehabilitacyjne

Do zadań pielęgniarki w usprawnianiu chorych po odjęciu kończyny dolnej należy: oddziaływanie na psychikę w celu uzyskania akceptacji poniesionej straty, zaistniałej sytuacji; budzenie motywacji do aktywnego współdziałania w usprawnianiu, w usamodzielnianiu się; pielęgnacja kikuta; pomoc w przygotowaniu do protezowania [1, 6, 7, 8]. Zwraca się uwagę na ułożenie czynnościowe, prawidłowe bandażowanie i hartowanie kikuta. Pielęgniarka sprawdza i zachęca do wykonywania zaleconych ćwiczeń ruchowych, pomaga w ich wykonaniu lub tylko koryguje błędy. Chorego nie wyręcza się w wykonywaniu różnych czynności, ale tworzy się warunki do ich samodzielnego wykonywania.

Odjęcie kończyny z powodu niedokrwienia prowadzi często do wystąpienia typowego zespołu zmian patologicznych: zaburzeń w krążeniu miejscowym, obrzęku, bólu, powstania przykurczu, a w konsekwencji kikuta wadliwego. Zaburzenia ukrwienia wynikają z dyskoordynacji pracy mięśni skróconych, pozbawionych przyczepów obwodowych

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

i fizjologicznego napięcia. Prowadzi to do nadmiernego zastoju limfatycznego i żylnego – narasta obrzęk, który wyzwala ból. Ból kikuta przyczynia się do odruchowego unieruchomienia. Ruchy czynne zostają zniesione, utrwala się nieprawidłowe ustawienie kikuta i powstaje przykurcz. Eliminowanie tych zmian wymaga długiego czasu, zabiegów, a często jest niemożliwe bez wykonania reamputacji. Łańcuch zmian patologicznych można przerwać lub ograniczyć, jeśli od początku zastosuje się właściwą pielęgnację i usprawnianie. Należy przestrzegać prawidłowego ułożenia kikuta, aby przeciwdziałać narastaniu obrzęku, bólu, ograniczaniu ruchów i tworzeniu się przykurczów. Podłoże, na którym leży chory po amputacji, musi być równe, nie może zapadać się [6, 7, 8].

Działania profilaktyczne

Chorych z owrzodzeniami, martwicą lub bólem stopy przypuszczalnie o etiologii niedokrwiennej należy traktować jako wymagających interwencji w trybie pilnym. Chorzy ci powinni być niezwłocznie kierowani do ośrodka angiologicznego mającego doświadczenie w leczeniu krytycznego niedokrwienia kończyn. Niezastosowanie się do tego zalecenia może zwiększyć ryzyko utraty kończyny [2]. Działania profilaktyczne wobec chorych, zarówno z ONK, KNK jak i po odjęciu kończyny, powinny dotyczyć eliminowania czynników ryzyka miażdżycy, opisanych wyżej. Szczególnym problemem naszego społeczeństwa jest palenie tytoniu (11 milionów palących). Trzeba zdawać sobie sprawę ze szkodliwości wdychania tytoniu pod każdą postacią czynną i bierną. Takie półśrodki jak palenie papierosów z filtrem, palenie papierosów z małą zawartością nikotyny, nie zmniejszają w sposób istotny zagrożenia chorobą wieńcową i zawałem serca. Polacy należą do najwięcej palących i narażonych na największą umieralność. Zachęcając chorego do zaprzestania palenia można wykorzystać argument, że bez względu na liczbę wypalanych papierosów dziennie, po kilku latach od zaprzestania palenia ryzyko wystąpienia zawału serca maleje i osiąga taką wartość jak u osób niepalących. **Każdy dorosły człowiek wie, iż dym tytoniowy jest szkodliwy. Niewiele osób chyba jednak wie, jak bardzo szkodzi. Pełna tego świadomość kazałaby natychmiast rzucić palenie** [4].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Piśmiennictwo

1. Cierpka L.: Leczenie operacyjne przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych. W: Ziaja K. (red.): Zarys chirurgii tętnic i żył. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1995, 114-130.

2. Krzanowski M.: Diagnostyka i leczenie niedokrwienia kończyn dolnych. Wytyczne TASC. Medycyna praktyczna, 1/2003: 7-8, 50, 58, 14-20, 25-28, 72, 75, 83-84.

3. Pasierski T., Gaciong Z., Torbicki A., Szmidt J. (red.): Angiologia. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2004, 294-295, 289-294, 116, 155-160, 163-166, 306.

4. Peterko E.: Uwaga: Tytoń! Pielęgniarstwo i My, 19/1997.

5. Rakowiecki A.: Diagnostyka zespołu stopy cukrzycowej. Rosiński G.: Leczenie zespołu stopy cukrzycowej. Przewodnik Lekarza 3/2005: 54-64.

6. Rosławski A. (red.): Podstawy rehabilitacji ruchowej. Wyd. Sport i Turystyka, Warszawa 1991.

7. Szewczyk M.T., Jawień A.: Ocena jakości życia chorych w starszym wieku po amputacji kończyny dolnej. Międzynarodowa Konferencja Naukowa: Pielęgniarstwo a jakość życia człowieka. Kraków 7-8 IX 2000, 18.

8. Szewczyk M.T., Jawień A.: Proces pielęgnowania chorego z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. Valetudinaria- Post. Med. Klin. Wojsk. 1999, 4; 1-2: 70-75.

9. Wałaszewski J.: Choroby naczyń obwodowych. W: Rowiński W., Dziak A. (red.): Chirurgia dla pielęgniarek. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1994, 527-529.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Rozdział 5
Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego po usunięciu guzowatego wola tarczycy

Aleksandra Popow

Osiągnięcie pełnego powodzenia w chirurgicznym leczeniu wola zależy od:

- precyzyjnego rozpoznania stanu czynnościowego tarczycy, wraz z konsultacjami specjalistów,
- umiejętnego przygotowania przedoperacyjnego,
- prawidłowego wykonania zabiegu operacyjnego,
- właściwej opieki po zabiegu operacyjnym,
- odpowiedniego leczenia pooperacyjnego [1, 2, 8].

5.1. Charakterystyka sylwetki psychofizycznej chorego

- Niedoczynność tarczycy – jest zaburzeniem funkcji polegającym na niedostatecznym wydzielaniu prawidłowych hormonów tarczycy. Prowadzi to do nieprawidłowych czynności ze strony innych narządów i zaburzeń ogólnoustrojowych.

Przyczyną mogą być choroby tarczycy oraz powikłania po leczeniu zarówno zachowawczym jak i operacyjnym.

- Nadczynność tarczycy – jest zespołem objawów klinicznych zależnym od wysokiego stężenia hormonów tarczycy. Najczęściej dotyczy kobiet, może ujawnić się w każdym wieku.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Pierwszoplanowe objawy to:

- **Objawy zależne od wzmożonej przemiany materii:**
  – spadek ciężaru ciała (pomimo wzmożonego łaknienia),
  – zmniejszenie tolerancji ciepła,
  – nadmierna potliwość.
- **Objawy nadmiernego pobudzania układu nerwowego:**
  – nerwowość,
  – niepokój,
  – chwiejność emocjonalna,
  – osłabienie siły mięśniowej,
  – nadmierna męczliwość,
  – drżenie rąk.
- **Objawy ze strony układu krążenia:**
  – przyspieszenie częstości uderzeń serca,
  – wzrost ciśnienia tętniczego krwi.
- **Objawy ze strony układu pokarmowego:**
  – przyspieszenie perystaltyki jelit,
  – liczne stolce nawet biegunki.

Postawa pielęgniarki

Szczególnie ważna jest rola ekspresyjna i trzeba mieć do jej pełnienia właściwe dyspozycje osobowości. Każdy pacjent oczekuje, aby pielęgniarka była troskliwa, serdeczna, okazywała zainteresowanie, informowała o planowanych i wykonywanych zabiegach, potrzebuje ciepła i słów wsparcia. Rola ekspresyjna to sposób bycia z pacjentem, jest „profilaktyką" przeciwko załamaniom psychicznym, rozładowuje napięcie, stwarza dobry nastrój, zapobiega lękom. Mechanizmem, który dostarcza korzystnych warunków, aby utworzyć model według którego pielęgniarka pracuje i który jednocześnie wpływa na jakość świadczonej opieki pielęgniarskiej to proces pielęgnowania. Wymusza konieczność przejścia na inny sposób myślenia, działania, organizacji. To wymóg zmian dotyczący zawodowego i osobowego rozwoju pielęgniarki uznawany za podstawowy [3, 4, 5, 7].

Prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej jest jednym z podstawowych obowiązków wynikających z teoretycznych założeń procesu pielęgnowania, stwarza warunki do zebrania niezbędnych informacji

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

o pacjencie, wytyczenie kierunku opieki, zachowania jej ciągłości, dokonania oceny opieki pielęgniarskiej [5, 6, 8].

5.2. Działania pielęgniarki wobec chorego

Przygotowanie chorego do leczenia operacyjnego

Chory z nadczynnością tarczycy przygotowywany do leczenia operacyjnego w trybie planowym powinien być w stadium eutyreozy. Objawami świadczącymi o prawidłowym przygotowaniu są:

- prawidłowa czynność serca,
- uspokojenie psychoruchowe [1, 8].

Działania diagnostyczne

Funkcja pielęgniarki w działaniach diagnostycznych u chorych z chorobami tarczycy polega na:

– przeprowadzeniu wywiadu i sformułowaniu diagnozy pielęgniarskiej,
– obserwacji i ocenie stanu ogólnego chorego [6],
– wykonywaniu niezbędnych pomiarów parametrów życiowych,
– przygotowaniu chorych do badań diagnostycznych (USG szyi, biopsja cienkoigłowa, scyntygrafia tarczycy),
– pobieraniu krwi do badań laboratoryjnych, kontroli i interpretacji wyników [1, 8].

Działania opiekuńczo-terapeutyczne

Polegają na starannym monitorowaniu objawów życiowych i czynności poszczególnych układów operowanego ze zwróceniem uwagi na charakterystyczne zaburzenia dla przeprowadzonego zabiegu operacyjnego.

1. W bezpośrednim okresie pooperacyjnym pielęgniarka monitoruje:

- ciśnienie tętnicze krwi,
- częstość oddechów,
- ciepłotę ciała,
- wydalanie i objętość moczu

Natomiast chorzy w ciężkim stanie wymagają rozszerzonego monitorowania podstawowych czynności życiowych.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

2. Niwelowanie bólu i dyskomfortu:
• przeciwbólowe środki farmakologiczne,
• ułożenie chorego w pozycji półwysokiej z oparciem pod głową (unikanie nadmiernego odchylania głowy do tyłu),
• umocowanie drenażu w sposób niesprawiający dolegliwości i napinania rany.

3. Obserwacji i odnotowywaniu podlegają zaburzenia w czynności jelit.

4. Każdego chorego zachęca się do wczesnego opuszczania łóżka, co zmniejsza częstość powikłań zakrzepowo-zatorowych i płucnych.

5. Zgłębniki, dreny, cewniki dożylne i inne inwazyjne urządzenia monitorujące usuwa się, gdy tylko przestają być potrzebne, aby ograniczyć możliwość wprowadzenia zakażenia wewnątrzszpitalnego.

6. Chorzy ze współistniejącymi chorobami wymagają stałego monitorowania ekg, ciśnienia tętniczego, badań gazometrycznych, badania wskaźnika hematokrytu, stężenia potasu i wapnia [1, 2, 7].

7. Pooperacyjna opieka oddechowa:
• Wstrzykiwanie leków przeciwbólowych w małych dawkach i w krótkich odstępach czasu, przez zmniejszenie bólu bez nadmiernego uspokojenia chorego, ułatwia oddychanie.
• Częste zmiany ułożenia ciała, zachęcenie do szybkiej pionizacji, wykonywanie głębokich oddechów z kaszlem, wczesne uruchamianie i samokontrola znacznie zmniejszają liczbę i nasilenie powikłań oddechowych.

Działania rehabilitacyjne

Chory po operacji tarczycy szybko osiąga pełną sprawność ruchową. Już pierwszego dnia po operacji zachęca się chorego do pełnego uruchomienia i samodzielnej toalety ciała.

Ruch ułatwia osiąganie dobrostanu, poprawia uczucie niezależności. Ponadto, ułatwia powrót żylny i zapobiega zakrzepom, wzmaga wentylację i ułatwia dyfuzję, zmniejsza przedłużony ucisk na kość krzyżową i inne wyniosłości oraz pomaga w opróżnieniu pęcherza moczowego.

Działania edukacyjne

Chorzy po operacyjnym leczeniu tarczycy powinni pozostawać pod ścisłą kontrolą lekarską i pielęgniarską. Szczególnie ważne dla prawi-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

dłowego przebiegu zdrowienia są pierwsze miesiące po operacji, bowiem wówczas czynność tarczycy jest najbardziej chwiejna. W związku z tym pacjenci zobowiązani są do kontynuacji leczenia farmakologicznego.

Dla chorego ważna jest informacja, że kontrola zarówno w poradni chirurgicznej jak również endokrynologicznej, powinna odbywać się regularnie, ze zmniejszającą się częstotliwością w miarę upływu czasu.

Edukacja pooperacyjna chorego po operacji tarczycy powinna dotyczyć również:

– ograniczenia wysiłku fizycznego,
– diety lekkostrawnej – do ustąpienia trudności w połykaniu,
– pielęgnowania rany pooperacyjnej.

Działania profilaktyczne

W bezpośrednim okresie pooperacyjnym skupiają się na zapobieganiu występowania powikłań, do których należą:

Wczesne powikłania pooperacyjne:

- zaburzenia czynności nerwów krtaniowych wstecznych,
- krwotok pooperacyjny,
- niewydolność przytarczyc w postaci tężyczki,
- przełom tarczycowy (występujący obecnie niezwykle rzadko), manifestujący się charakterystyczną triadą objawów:

– wzrost temp. ciała $>39^0$C,
– przyspieszenie czynności serca,
– pobudzenie psychoruchowe,
– mogą również towarzyszyć wymioty i biegunka [1, 8].

Późne powikłania pooperacyjne

Po chirurgicznym leczeniu wola może wystąpić:

- niedoczynność tarczycy,
- nawrót wola z eutyreozą,
- nawrót wola z objawami nadczynności tarczycy.

Piśmiennictwo

1. Lawrence P.F. (red).: Chirurgia ogólna. Wydawnictwo Medyczne Urban &Partner Wrocław 1998.

2. Pasika Z.: Postępowanie po strumektomii z powodu wola guzowatego obojętnego Polski Przegląd Chirurgiczny 1997, (1): 22-28.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

3. Piątek A.: „Standardy w pielęgniarstwie". Materiały po II konferencji. Zjazd Piel. i Poł. 1995, 131.

4. Studzińska M., Płotka A.: Psychoterapia podtrzymująca w działaniach pielęgniarki. Pielęgniarka i Położna 1997, (7): 7.

5. Szewczyk M.T.: Współczesne koncepcja opieki pielęgniarskiej. Przewodnik Lekarza 2005, 1, 88-91.

6. Szewczyk M.T., Cierzniakowska K., Stodolska A., Cwajda J., Górna V.: Proces pielęgnowania jako metoda pracy. Przewodnik Lekarza 2005, 4, 84-91.

7. Szwałkiewicz E.: Pielęgnować profesjonalnie. Pielęgniarka i Położna 1997, (7), 28-29.

8. Widomska Czekajska T., Górajek-Jóźwik (red).: Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek PZWL – Warszawa 1996.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Rozdział 6
Postępowanie pielęgniarki wobec chorego na sali endoskopowej

Jolanta Bambrowicz, Katarzyna Cierzniakowska

Nazwa endoskopia czyli wziernikowanie pochodzi od połączenia dwóch słów greckich: endo – wnętrze i skopeo – patrzę, jest jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin medycyny wewnętrznej, która umożliwia szybkie rozpoznanie i leczenie chorób przewodu pokarmowego. Zabiegi endoskopowe są mniej inwazyjne i bezpieczniejsze od wielu innych metod leczniczych, można je wykonywać w warunkach ambulatoryjnych (4, 6).

Endoskopy medyczne używane są od wielu lat, wraz z postępem nauki i techniki zmieniały swój wygląd od sztywnego metalowego endoskopu do giętkiego fiberoskopu składającego się z wiązki włókien światłowodowych, które dają bezpośredni obraz na ekranie monitora (wideoendoskopie). Badania endoskopowe to diagnostyczne wziernikowanie jam ciała za pomocą endoskopu, pozwalają one nie tylko na oglądanie zmian chorobowych, ale także na pobranie materiału do badania histopatologicznego i cytologicznego, usunięcie ciała obcego. Można przeprowadzić również drobne zabiegi chirurgiczne, jak polipektomię, tamowanie krwawień z przewodu pokarmowego czy leczenie żylaków przełyku (1).

Możliwości zastosowania endoskopów:
– gastroskopia – oglądanie przełyku, żołądka i dwunastnicy,
– kolonoskopia – oglądanie całego jelita grubego.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Gastroskopia – to badanie górnego odcinka przewodu pokarmowego. Dzięki temu badaniu można obejrzeć:

- zmianę chorobową,
- pobrać materiał do badania histopatologicznego,
- usunąć ciało obce,
- ustalić miejsce krwawienia i zastosować endoskopowe metody tamowania krwawienia,
- usunąć polip,
- założyć gastrostomię.

Kolonoskopia – to badanie jelita grubego, wykonywane w celu:

- diagnostycznym – wykrycia zmian patologicznych z jednoczesnym pobraniem wycinka do badania histopatologicznego,
- leczniczym – usunięcie polipa (3),
- opanowanie krwawienia.

6.1. Charakterystyka sylwetki psychofizycznej chorego

Nie ulega wątpliwości, że wszelkie badania endoskopowe wykonywane w trybie planowym lub pilnym niezależnie od wieku, płci napotykają ze strony pacjenta na opór natury psychicznej i fizycznej. Przyczyną tego stanu jest: zazwyczaj lęk przed tym co nieznane, przerażenie psychiczne przed postawieniem diagnozy mogącej potwierdzić chorobę nowotworową oraz przed bólem towarzyszącym badaniom. Ponadto dla chorego szczególną wartość stanowi zachowanie intymności.

Postawa pielęgniarki endoskopowej

Nawiązanie bliskiego kontaktu z pacjentem w celu ułatwienia mu adaptacji w nieznanym dla niego otoczeniu oraz zmniejszenie jego stresu wynikającego z niewiedzy o badaniu. Umiejętne rozładowanie napięcia psychicznego może być równie skuteczne, jak podanie środka uspokajającego. Choremu należy okazać życzliwość i serdeczność.

6.2. Działania pielęgniarki wobec chorego

Opiekuńcze – terapeutyczne: przygotowanie chorego do badań

Przygotowanie psychiczne pacjenta – uspokojenie i wytłumaczenie istoty przeprowadzenia badania. W tym celu można posłużyć się ilustra-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

cjami bądź planszami. Informujemy pacjenta, że jego współpraca z pielęgniarką i lekarzem umożliwi w miarę sprawne wykonanie badania. W dniu badania pacjent zgłasza się z osobą towarzyszącą.

Gastroskopia – pacjent nie wymaga szczególnego przygotowania. W dniu badania powinien być na czczo, również nie przyjmuje żadnych leków. Badanie odbywać się będzie w znieczuleniu miejscowym gardła.

Kolonoskopia – przygotowanie chorego wymaga oczyszczenia dolnego odcinka przewodu pokarmowego za pomocą odpowiednich środków farmakologicznych (X- Prep lub Fortrans) w celu umożliwienia dokładnej oceny błony śluzowej jelita.

Choremu należy wyjaśnić:

- działanie preparatu (w jakim czasie nastąpi wypróżnienie),
- sposób jego przyjęcia wraz z ilością wypitych płynów,
- dolegliwości związane z przyjmowaniem leku (nudności, wymioty) oraz sposób postępowania w przypadku ich wystąpienia.

W dniu badania pacjenci, którzy regularnie przyjmują leki na stałe np. leki nasercowe, nadciśnienie tętnicze itp. powinni zażyć poranną dawkę leku.

Chorzy przyjmujący leki obniżające krzepliwość krwi (acenokumaryl, sintrom itp.) na kilka dni przed planowanym zabiegiem powinni przerwać ich przyjmowanie i/lub po konsultacji z lekarzem prowadzącym zmienić formę i drogę podania.

Chorzy chorujący na cukrzycę przyjmujący insulinę powinni skonsultować się z diabetologiem i uzgodnić sposób utrzymania poziomu glukozy we krwi na czas badania.

Postępowanie pielęgniarki w pracowni endoskopowej

Podstawowym zadaniem pielęgniarki endoskopowej jest opieka nad chorym przed, w czasie i po badaniu.

Przed badaniem pielęgniarka:

- rejestruje pacjenta zgłaszającego się,
- sprawdza dokumentację i wyniki badań,
- kontroluje ciśnienie krwi i tętna,
- zbiera krótki wywiad obejmujący:
- przyjmowane leki, choroby współistniejące, uczulenia na leki, ponadto:

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

- upewnia się, czy pacjent wyraził pisemną zgodę na wykonanie badania,
- podaje premedykację zgodnie z zaleceniem lekarskim,
- pomaga w ułożeniu odpowiedniej pozycji ciała do badania,
- poleca wyjęcie protez zębowych i je zabezpiecza.

W trakcie badania pielęgniarka przypomina choremu o głębokim i spokojnym oddychaniu. W gastroskopii dodatkowo informuje o nie połykaniu śliny w trakcie badania, aby uniknąć krztuszenia, kontroluje ułożenie ustnika w jamie ustnej. W badaniu kolonoskopowym obejmuje powłoki brzuszne w celu odpowiedniego ułożenia jelita grubego.

Po wykonaniu badania ważna jest obserwacja i kontrolowanie ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechu i stanu świadomości.

Działania edukacyjne:

Pielęgniarka informuje chorego na temat dalszego postępowania po badaniu [ryc. 1].

Chory po wykonaniu gastroskopii:

- nie przyjmuje posiłków i płynów do chwili ustąpienia znieczulenia,

Zalecenia po badaniu endoskopowym
• Dieta
• Praca i wysiłek fizyczny
• Objawy przemijające
• Kontrola i wyniki badań histopatologicznych

Ryc. 1. Zakres działań edukacyjnych wobec chorego po badaniu endoskopowym wykonywanym w warunkach ambulatoryjnych.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

• zachowuje dietę lekkostrawną, a w przypadku pobierania wycinków – płynną chłodną aż do wieczora,
• nie wykonuje wysiłku fizycznego,
• wie, że takie objawy jak ból gardła, chrypka wiążą się z przeprowadzonym badaniem i są przemijające.

Chory po wykonaniu kolonoskopii:

• nie może prowadzić pojazdów mechanicznych, obsługiwać maszyn ani podejmować ważnych decyzji ze względu na przyjęte leki (sedacja),
• może odczuwać wzdęcia i bóle brzucha,
• może zaobserwować przez 1-2 dni ślady krwi na bieliźnie – w sytuacji kiedy były pobierane wycinki lub wykonana polipektomia,
• zachowuje dietę lekkostrawną,
• ponadto pielęgniarka wyjaśnia gdzie i kiedy chory może zapoznać się z wynikami badań histopatologicznych.

Działania instrumentalne obejmują:

• profesjonalną obsługę aparatury medycznej,
• osprzętu,
• konserwację sprzętu.

Działania profilaktyczne

Działania pielęgniarki przede wszystkim polegają na zachowaniu zasad aseptyki i antyseptyki w celu zapobiegania zakażeniom (np. HCV, HIV itp.).

Piśmiennictwo

1. Góral R.: Chirurgia okrężnicy i odbytnicy. PZWL, Warszawa 1993.
2. Karcz D.: Chirurgia endoskopowa w diagnostyce i leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego. KWM, Kraków 2000.
3. Kirschnick.: Pielęgniarstwo. Urban & Partner, Wrocław 1997.
4. Tuszewski M.: Chirurgia przewodu pokarmowego z elementami pielęgniarstwa, PZWL, Warszawa 1995.
5. Tuszewski M.: Kompedium gastroenterologii praktycznej dla lekarzy i studentów. Volumed, Wrocław 1995.
6. Silverstein F.E., Tytgat G.N.J.: Endoskopia przewodu pokarmowego. Atlas. Medycyna Praktyczna, Kraków 1998.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Rozdział 7
Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego przed zabiegiem operacyjnym wyłonienia stomii jelitowej

Maria T. Szewczyk, Justyna Cwajda

Zabieg operacyjny prowadzący do wyłonienia stomii może okazać się jedyną skuteczną lub nawet ratującą życie metodą postępowania. Wiąże się jednak z poważnym, trudnym do zaakceptowania okaleczeniem i licznymi konsekwencjami, które rzutują na funkcjonowanie chorego w sferach fizycznej, psychicznej i społecznej. Opieka pielęgniarska, stanowiąca niezwykle ważny element opieki interdyscyplinarnej ma na celu przygotowanie chorego do akceptacji i samodzielnego życia ze stomią.

Spośród licznych schorzeń przewodu pokarmowego prowadzących do wyłonienia stomii, najczęstsze wskazanie stanowią nowotwory jelita grubego. Ponadto stomię wykonuje się w przebiegu niedrożności jelit, chorób zapalnych, urazów okrężnicy i odbytnicy, wad wrodzonych i wielu innych [1, 2].

7.1. Charakterystyka sylwetki psychofizycznej chorego

Różnorodność stanów będących przyczyną wyłonienia stomii sugeruje, że chory wymagający opieki pielęgniarki stomijnej może być w każdym wieku – od noworodka, u którego rozpoznano wrodzoną wadę przewodu pokarmowego, poprzez osoby młode (chorujące np. na nieswoiste

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

stany zapalne jelit, w tym wrzodziejące zapalenie jelita grubego (choroba Leśniowskiego-Crohna) do – chorujących zwykle na nowotwory – osób starszych. Wszystkich, niezależnie od wieku i pozostałych cech demograficznych (np. płci) dotyczy problem akceptacji siebie ze stomią i związana z tym konieczność fizycznej i psychospołecznej adaptacji. Jest to niezwykle trudny proces, który rozpoczyna się już w chwili podejmowania, niełatwej dla chorego decyzji i wyrażenia zgody na zabieg operacyjny. Na lęk i obawy związane z samym zabiegiem, znieczuleniem i bólem nakłada się wówczas strach przed fizycznym okaleczeniem, zmianą wyglądu własnego ciała i brakiem możliwości powrotu do normalnego funkcjonowania. Konsekwencje wykonanego sztucznie nowego ujścia jelita rozpatrywane są przez chorych w kategoriach katastrofy, ceny jaką muszą płacić za uratowanie/przedłużenie życia. Natura choroby i/lub ciężkość stanu chorego przed zabiegiem często „wymusza" lub nagli go do natychmiastowego podjęcia decyzji. Z jednej strony ma on świadomość postępujących zaburzeń przewodu pokarmowego (w tym uporczywe biegunki, zaburzenia wodno-elektrolitowe, niedożywienie, ból, objawy związane z niedrożnością, wyniszczenie nowotworowe), z drugiej perspektywę ingerencji w fizjologię przewodu pokarmowego i jej przykre następstwa [3, 6, 13].

Postawa pielęgniarki

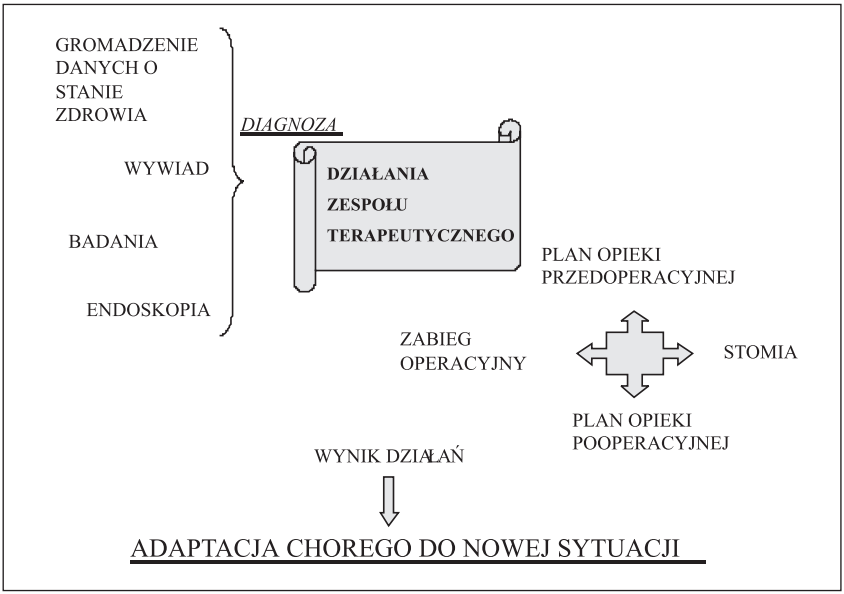
Złożoność problemów związanych z zabiegiem wyłonienia stomii i obowiązujący obecnie w pielęgniarstwie model holistycznego pielęgnowania nakłada na pielęgniarkę obowiązek opieki znacznie wykraczającej poza czynności instrumentalne. Realizacja jej funkcji zawodowych, zaspokajających biologiczne, psychiczne i społeczne potrzeby chorych wymaga przede wszystkim odpowiedniej postawy – otwartości i autentycznej akceptacji chorego przez pielęgniarkę. Jest ona – ze względu na posiadane kompetencje – osobą, która może i powinna poświęcać choremu najwięcej czasu, towarzyszyć mu na wszystkich etapach leczenia i adaptacji do życia ze stomią [ryc. 1] [4, 6, 9-11].

7.2. Działania pielęgniarki wobec chorego

Opieka okresu przedoperacyjnego

Obejmuje czas od momentu ustalenia diagnozy lekarskiej i podjęcia decyzji o wyłonieniu stomii, stanowi okres przygotowania chorego do

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330



Ryc. 1. Opieka nad chorym ze stomią.

zabiegu operacyjnego i oswojenia go z myślą posiadania nowego ujścia jelita. Szczególnie ważne jest tu przygotowanie psychiczne chorego, które powinno wyprzedzać jego przygotowanie instrumentalne. W dużym stopniu wpływa ono na pomyślny przebieg zabiegu i bezpośredni okres pooperacyjny. Zmniejsza częstość występowania powikłań i jednocześnie zwiększa potencjał adaptacyjny chorego [4, 6, 7, 10, 11].

Działania diagnostyczne

Obejmują holistyczne rozpoznanie problemów chorego związanych z postawioną diagnozą lekarską, stanem zdrowia i reakcjami chorego na proponowaną formę terapii. Obejmują również udział w działaniach diagnostycznych zleconych przez lekarza. Szczegółowe zadania diagnostyczne typowe dla omawianej grupy chorych są następujące:

– ocena reakcji emocjonalnych chorego związanych z decyzją o wyłonieniu stomii,
– określenie stopnia deficytu informacji dotyczących zabiegu (czy chory wie na czym polega zabieg, czy zna konsekwencje wyłonie-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

nia stomii, czy wie, jakie są możliwości powrotu do normalnego funkcjonowania po zabiegu),
– ocena możliwości psychofizycznych chorego w zakresie samodzielnego zaopatrzenia stomii,
– ocena podstawowych parametrów życiowych,
– ocena stanu odżywienia, nawodnienia, zaburzeń elektrolitowych,
– obserwacja współistniejących objawów (nudności i wymioty, biegunka, ból),
– udział w dodatkowych badaniach diagnostycznych obrazowych i laboratoryjnych [4, 6, 7, 10, 11].

Działania opiekuńczo-terapeutyczne

W opiece nad chorym, który będzie miał wyłonioną stomię szczególnie ważne znaczenie ma udzielenie emocjonalnego wsparcia i wzmacnianie pozytywnych doświadczeń chorego. Zmniejsza to jego wątpliwości i lęk przed zabiegiem, zachęca do wypowiadania swoich uczuć i obaw oraz ułatwia akceptację siebie ze stomią. O ile jest to możliwe, należy zapewnić choremu kontakt z psychologiem klinicznym i zorganizować spotkanie z osobą posiadającą stomię. Osoba mająca podobne doświadczenia jest bardziej wiarygodna i autentyczna w tym, co mówi. Potęguje wiarę chorego w możliwość wyleczenia i powrót do normalności, pomaga mu dostrzec pozytywne aspekty stomii jako składowej procesu leczenia [9, 11].

Przygotowanie fizyczne obejmuje:
– wyznaczenie miejsca przyszłej stomii,
– przygotowanie przewodu pokarmowego – mechaniczne oczyszczenie jelita,
– wykonanie wkłucia dożylnego, przetoczenie niezbędnych płynów, uzupełnienie niedoborów elektrolitowych (konsekwencja płukania jelit),
– przygotowanie pola operacyjnego,
– cewnikowanie pęcherza moczowego,
– zapewnienie choremu masy erytrocytarnej,
– profilaktykę przeciwzakrzepową,
– profilaktykę antybiotykową,
– założenie bielizny operacyjnej,
– kontrolę dokumentacji,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

– podanie premedykacji,
– przewiezienie chorego na salę operacyjną [4, 6, 8, 11].

Działanie rehabilitacyjne

Kompensacja „strat" związanych z wyłonieniem stomii i ograniczeń stanowiących bezpośrednie następstwo zabiegu operacyjnego rozpoczyna się jeszcze w okresie przedoperacyjnym. Obejmuje rehabilitację psychiczną i społeczną, w której doniosłą rolę odgrywa kontakt z osobą posiadającą stomię i/lub psychologiem. Rehabilitacja fizyczna, możliwa dzięki wykonywaniu ćwiczeń oddechowych i usprawniających zapobiega powikłaniom ze strony układu oddechowego, krążenia, i układu ruchu [6, 7, 10, 11].

Działania edukacyjne

Pielęgniarka wyjaśnia zatem pojęcie stomii (Kolo-/Ileostomia), opisuje jej konsekwencje anatomiczne i fizjologiczne. Przekazuje podstawowe informacje na temat sprzętu stomijnego oraz jego znaczącej roli w podnoszeniu jakości życia chorych ze stomią – wyjaśnia, w jaki sposób przetoka będzie zaopatrywana bezpośrednio po zabiegu. W obliczu czekającej pacjenta operacji wyjaśnia, że stomia nie jest chorobą, ani raną i że można z nią normalnie żyć, a jakiekolwiek ograniczenia (poza wyjątkami) są zbędne.

Edukacja obejmuje specjalistyczne przygotowanie chorego do przyszłej irygacji stomii [10, 12] oraz ogólnoustrojowe przygotowanie chorego do okresu pooperacyjnego – naukę ćwiczeń oddechowych, izometrycznych i odkasływania, które są pomocne w zapobieganiu powikłaniom krótkotrwałego, lecz koniecznego unieruchomienia, a które przyspieszają powrót do zdrowia i poprawiają samopoczucie [7, 10, 13].

Działania profilaktyczne

Dokładne, psychofizyczne przygotowanie chorego do zabiegu zmniejsza ryzyko powikłań pooperacyjnych i ułatwia powrót chorego do zdrowia. Ponadto, działania profilaktyczne obejmują:
– profilaktyka powikłań oddechowych: ćwiczenia oddechowe, nauka kaszlu i odkrztuszania,
– profilaktyka powikłań okołostomijnych: odpowiednie wyłonienie miejsca stomii z uwzględnieniem takich szczegółów anatomicz-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

nych jak: obecność fałdów skórno-tłuszczowych i ich rozmieszczenie w zależności od pozycji ciała, obecność blizn pooperacyjnych, położenie kolców biodrowych, sposób ubierania się itd.; przygotowanie specjalnego pasa brzusznego dla osób otyłych i ze skłonnością do przepuklin, nauka kaszlu i odkrztuszania,
– profilaktyka powikłań przeciwzakrzepowych: gimnastyka kończyn dolnych (ćwiczenia czynne i izometryczne), stosowanie terapii kompresyjnej u chorych z ryzykiem zakrzepicy żylnej – pończochy uciskowe/bandaż kompresyjny [4, 7, 11, 13]. Odpowiednio wczesne – następujące tuż po podjęciu decyzji o wyłonieniu stomii – wdrożenie edukacji ułatwia choremu zrozumienie istoty i celu zabiegu.

PIŚMIENNICTWO

1. Banaszkiewicz Z., Jarmocik P., Cierzniakowska K., Szewczyk M.T.: Osoba ze stomią w XXI wieku. Annales Academiae Medicae Bydgostiensis 2004; 18, (3): 13-16.

2. Banaszkiewicz Z., Jawień A.: Wskazania, rodzaje i technika wykonania stomii: Valetudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej 2002, (7), 3: 8-15.

3. Cassileth B.R., Lusk E.J., Miller D.S., Brown L.L., Cross P.A., Tenaglia A.N.: Psychosocial status in chronic illness: A comparative analysis of six diagnosis groups. New England Journal of Medicine 1984, 311, 506-511.

4. Cierzniakowska K., Szewczyk M.T., Cwajda J., Stodolska A., Jawień A., Banaszkiewicz Z.: Wybrane procedury w opiece okołooperacyjnej nad chorym ze stomią. Przewodnik Lekarza 2005, 2, (74): 87-93.

5. Cierzniakowska K., Szewczyk M.T., Banaszkiewicz Z., Jawień A.: Irygacja. Valetudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej 2002, (7) 3: 30-32.

6. Cwajda J., Szewczyk M.T., Cierzniakowska K.: Edukacja jako element procesu adaptacji chorych ze stomią jelitową. Pielęgniarstwo Polskie 2005; Valetudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej 2004, 2, (9): 128-132.

7. Góral R.: Chirurgia okrężnicy i odbytnicy. PZWL, Warszawa 1993, 420-25.

8. Fryc-Martyńska J.: Psychologiczne następstwa wytworzenia odbytu brzusznego oraz znaczenie sposobu informowania chorych i ich rodzin. Polski Tygodnik Lekarski 1989, 44: 469-472.

9. Jawień A., Banaszkiewicz Z., Cierzniakowska K., Szewczyk M.T., Stodolska A.: Zapobieganie powikłaniom skórnym ileostomii poprzez edukację. Annales Academiae Medicae Bydgostiensis 2004, 18, (3): 25-28.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

10. O'Bichere A., Bossom C., Gangoli S.: Chemical colostomy irrigation with glyceryl trynitrate solution. Harrow, Middlesex 2000, 1324-1327.

11. Ratliff C.R., Scarano K.A., Donovan, Ann M.: Descriptive Study of Peristomal Complications. Journal of WOCN. 2005, 32, (1): 33-37.

12. Szewczyk M.T., Jawień A.: Holistyczny model pielęgnowania chorego z nowotworem jelita grubego i kolostomią. W: Mackiewicz Z. (red), Wybrane zagadnienia z chirurgii. T-3, Fundacja Polski przegląd Chirurgiczny, 1999, 438-445.

13. Szewczyk M.T., Wrońska I.: Rehabilitacja oddechowa chorych w procesie pielęgnowania. Valetudinaria- Post. Med. Klin. Wojsk. 1999, 4, 1-2: 76-79.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Rozdział 8
Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego po zabiegu operacyjnym wyłonienia stomii jelitowej

Justyna Cwajda, Maria T. Szewczyk, Katarzyna Cierzniakowska

Stomia oznacza nienaturalne połączenie światła narządu jamistego z powierzchnią skóry lub błony śluzowej, wykonywane w celu zachowania/przywrócenia drożności narządów objętych zmianą chorobową [1, 2, 8]. Najczęściej stomię wykonuje się w obrębie przewodu pokarmowego:

- w celu odżywiania chorego (przetoka odżywcza żołądkowa – tzw. gastrostomia),
- w celu odprowadzania stolca (przetoka jelitowa określana również mianem odbytu brzusznego):
  - ileostomia (wyprowadzony ponad powłoki brzuszne koniec jelita cienkiego),
  - kolostomia (stomia zlokalizowana w obrębie jelita grubego, tj. okrężnicy).

Ze względu na czas trwania stomii i możliwości odtworzenia pierwotnej, tzn. fizjologicznej drogi wypróżnień wyróżnia się stomie czasowe – ich wyłonienie stanowi tylko jeden z etapów leczenia, po zakończeniu którego przywraca się ciągłość przewodu pokarmowego oraz stomie stałe

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

(definitywne), które stanowią następstwo usunięcia zwieraczy odbytu i wiążą się z całkowitą utratą kontroli nad wydalaniem [2, 8].

Ze względu na technikę i sposób wyprowadzenia jelita na powierzchnię ciała stomie dzieli się na:

– jednolufowe (jednoramienne) – na powłoki brzuszne wyprowadza się końcowy odcinek jelita wydalający stolec; część jelit znajdująca się poniżej zewnętrznego ujścia zwykle zostaje ślepo zamknięta lub usunięta wraz ze zmianą chorobową,
– dwulufowe (dwuramienne) – pełnią funkcję odbarczającą np. w leczeniu niedrożności lub perforacji w celu przygotowania do właściwej operacji, a także w leczeniu paliatywnym; wyprowadzona pętla jelita posiada dwa ujścia – wyższe (czynna część jelita wydalająca stolec) i odcinek położony poniżej pętli (zwykle objęty zmianą chorobową, stanowiący nieaktywną, wydalającą jedynie śluz część jelita) [1-3].

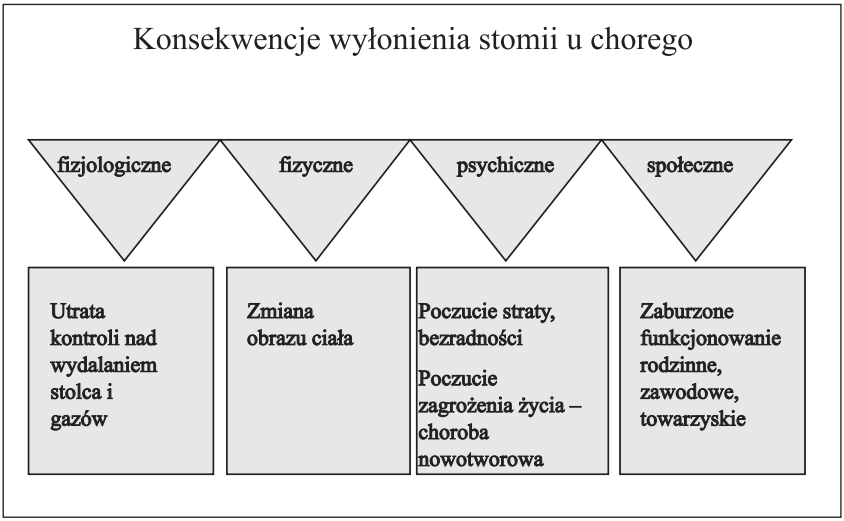
8.1 Charakterystyka sylwetki psychofizycznej chorego

Najważniejszą konsekwencją zabiegu jest dla chorego utrata naturalnego odbytu i związany z nią brak kontroli nad wydalaniem kału i gazów. Po wyłonieniu stomii chorzy mają poczucie głębokiego żalu i straty. Obecności „brzusznego odbytu", który samoistnie wydala stolec towarzyszy poczucie wstydu i zażenowania, oraz pragnienie ukrycia stomii. Samoocena w zakresie wyglądu fizycznego ulega obniżeniu, chory czuje się gorszy od innych, utrata kontroli nad swoim ciałem sprawia, że czuje się bezradny i zagubiony. W obawie przed kompromitującym, niekontrolowanym zanieczyszczeniem treścią jelitową, często wycofuje się z kontaktów społecznych, ogranicza dotychczasowe relacje, również z najbliższymi członkami rodziny (mężem/żoną). Rezygnuje z dotychczasowej aktywności i popada w izolację mogącą prowadzić do depresji [ryc. 1] [3, 7, 9].

Postawa pielęgniarki

Przyjazny stosunek, wyrozumiałość i cierpliwość okazane choremu w trudnym dla niego okresie oswajania się z nowym odbytem sprzyjają akceptacji stomii i redukują lęk związany z powrotem do normalności. Wsparcie emocjonalne ze strony pielęgniarki minimalizuje negatywne skutki silnych emocji i stresu towarzyszących zarówno chorobie jak i za-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330



Ryc. 1. Problemy wynikające z wyłonienia stomii u chorego.

stosowanej formie terapii. Ułatwia choremu werbalizację uczuć i pojawiających się wątpliwości. Jednocześnie włącza chorego w całokształt podejmowanych działań, zapewnia mu autonomię i pozwala swobodnie decydować o sobie [4, 6, 9-11].

8.2. Działania pielęgniarki wobec chorego

Okres śródoperacyjny

Okres śródoperacyjny obejmuje zabieg wyłonienia stomii i nie wiąże się z bezpośrednim udziałem pielęgniarki sprawującej opiekę nad chorym w ramach oddziału. W pewnym stopniu wpływa jednak na efektywność tejże opieki – od prawidłowo wykonanego zabiegu zależy bowiem możliwość zaopatrzenia stomii i prowadzonej później rehabilitacji i readaptacji psychospołecznej chorego.

Okres pooperacyjny

W okresie pooperacyjnym należy wyróżnić dwie zasadnicze fazy – bezpośredni okres pooperacyjny i odległy okres pooperacyjny – rozpoczynający się w momencie zakończenia hospitalizacji.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

W bezpośrednim okresie pooperacyjnym chory powinien dążyć do akceptacji stomii, a pielęgniarka przygotowuje chorego do samodzielnego funkcjonowania po opuszczeniu szpitala. Pielęgniarka czuwa nad bezpiecznym przebiegiem okresu pooperacyjnego i zapobiega wystąpieniu powikłań. Jej troskliwa opieka, obecność towarzyszącej choremu rodziny oraz wsparcie niezbędne podczas pierwszego oglądania stomii zmniejszają negatywne reakcje emocjonalne chorego, ułatwiają mu odnalezienie się w nowej sytuacji [4, 10, 11].

Działania diagnostyczne

W bezpośrednim okresie pooperacyjnym pielęgniarka ocenia sytuację i samopoczucie chorego po zabiegu, kontroluje podstawowe czynności życiowe, czuwa nad niepowikłanym przebiegiem procesów adaptacyjnych i prowadzi dalszą rehabilitację chorego ze stomią.

Formułując diagnozę pielęgniarską, na podstawie której wyznacza cele opieki pooperacyjnej ocenia następujące parametry i stan chorego w zakresie:

- monitoruje podstawowe czynności życiowe chorego – interpretuje wyniki pomiarów (ocenia stan świadomości chorego, dokonuje pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury ciała, obserwuje częstość i głębokość oddechów, ocenia zabarwienie i ocieplenie powłok skórnych, kontroluje diurezę),
- obserwuje i ocenia żywotność stomii, rejestruje objawy sugerujące wystąpienie powikłań w obrębie stomii,
- ocenia stan skóry wokół stomii i jej reakcję na kontakt z materiałem przylepnym worka, ocenia możliwości właściwego zaopatrzenia stomijnego,
- obserwuje i ocenia obszar rany pooperacyjnej, dreny i obecność wydzieliny,
- kontroluje nasilenie bólu rany pooperacyjnej,
- ocenia stopień przygotowania i możliwości psychofizyczne chorego do podjęcia profilaktyki związanej z unieruchomieniem (wykonywanie ćwiczeń oddechowych i usprawniających),
- ocenia reakcje emocjonalne chorego na stomię,
- ocenia funkcjonowanie przewodu pokarmowego po zabiegu operacyjnym i po włączeniu diety doustnej,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

– dokonuje pełnej oceny diety chorego i jego reakcji na poszczególne rodzaje pokarmów,
– ocenia wyjściowy poziom wiedzy chorego i jego gotowość do podejmowania działań edukacyjnych [4, 7, 9, 11].

Działania opiekuńczo-terapeutyczne

Po zabiegu operacyjnym pielęgniarka zapewnia choremu poczucie bezpieczeństwa fizycznego, wspiera i przygotowuje go do akceptacji siebie ze stomią. W związku z czasowym unieruchomieniem i ograniczeniem sprawności fizycznej w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pomaga choremu w utrzymaniu higieny ciała i otoczenia. Czynności pielęgnacyjno-lecznicze tego okresu obejmują:
– pielęgnację rany pooperacyjnej,
– pielęgnację stomii i otaczającej ją skóry – zmiana woreczków stomijnych, higiena skóry, kontrola czynności jelit [4, 10, 11],
– pielęgnację drenów, cewników, ewentualnie sondy żołądkowej
– podawanie zleconych farmakoterapeutyków, w tym antybiotyków i leków przeciwbólowych,
– nawodnienie i odżywienie organizmu drogą dożylną do czasu podjęcia czynności przewodu pokarmowego, kontrola bilansu wodnego,
– pielęgnację wkłuć dożylnych,
– pomoc w utrzymaniu higieny ciała i otoczenia (toaleta, zmiana bielizny),
– działania zapobiegające powikłaniom związanym z czasowym unieruchomieniem chorego w łóżku (profilaktyka przeciwodleżynowa, profilaktyka przeciwzakrzepowa, zapobieganie powikłaniom układu oddechowego i moczowego),
– wdrażanie diety doustnej,
– wykonywanie irygacji stomii (zwykle ok. 4-5 dnia po zabiegu) [4, 5, 10, 11],
– zapewnienie choremu intymności podczas wykonywania zabiegów higienicznych i pielęgnacyjnych,
– wsparcie psychiczne i emocjonalne, szczególnie ważne w czasie pierwszego oglądania stomii przez chorego [6, 9, 11].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Działania rehabilitacyjne

Rehabilitacja i readaptacja chorych ze stomią obejmuje zarówno usprawnianie fizyczne, jak i psychospołeczne. Wymaga uwzględnienia problemów wynikających z obniżonego poczucia własnej wartości i niedostatecznej akceptacji stomii, które wpływają także na funkcjonowanie społeczne chorego, jego relacje z rodziną i przyjaciółmi. Właściwie prowadzona i pełna rehabilitacja chorych ze stomią powinna prowadzić do odzyskania samodzielności i podejmowania aktywności życiowej w takim samym stopniu, jak przed zabiegiem wyłonienia stomii (o ile nie występują ograniczenia wynikające z choroby podstawowej lub innych niezależnych od stomii czynników).

Szczegółowe działania rehabilitacyjne są następujące:

- wdrażanie chorego do podejmowania ćwiczeń oddechowych wspomaganych oklepywaniem klatki piersiowej i/lub drenażem ułożeniowym,
- postępowanie kinezyterapeutyczne – ćwiczenia usprawniające w łóżku (izometryczne bierne oraz ćwiczenia czynne),
- usprawnianie chorego w łóżku – samodzielna zmiana pozycji ciała, odwracanie na boki, przygotowanie do pionizacji,
- pionizacja chorego w zależności od stanu i samopoczucia w okresie pooperacyjnym (zwykle około 2-4 doby pooperacyjnej),
- ochrona okolicy stomii i rany pooperacyjnej przed nadmiernym wpływem sił zewnętrznych i wewnętrznych (urazy, naciąganie, napinanie otaczających tkanek, delikatny ucisk i ochrona okolicy rany pooperacyjnej podczas kaszlu, kichania, defekacji; przez okres ok. 4 tygodni przeciwwskazanie wykonywania ćwiczeń zwiększających napięcie mięśni tłoczni brzucha),
- wdrażanie ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha (nie wcześniej niż w 5-6 tygodniu po zabiegu i niepowikłanym okresie pooperacyjnym),
- rehabilitacja psychospołeczna – wsparcie emocjonalne, rozmowa, kontakt niewerbalny, zapewnienie kontaktu z rodziną,
- edukacja i przygotowanie chorego do samoopieki stanowi jeden z ważniejszych elementów rehabilitacji [4, 5, 11].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Działania profilaktyczne

Prowadzenie działań profilaktycznych uzasadnione jest ryzykiem wystąpienia powikłań pooperacyjnych oraz związanych z czasowym unieruchomieniem chorego po zabiegu. Obejmują:

– profilaktykę zakażenia rany,
– profilaktykę powikłań okołostomijnych,
– redukcję ryzyka rozwoju odleżyn,
– profilaktykę powikłań ze strony układu oddechowego, krążenia (zakrzepica) i moczowego.

Działania edukacyjne

Edukacja prowadzona w okresie pooperacyjnym ma na celu przekazanie choremu takiego poziomu wiedzy i umiejętności, które po zakończeniu hospitalizacji pomogą mu w uzyskaniu samodzielności i zapewnieniu sobie prawidłowej opieki. Podstawę działań stanowi nauka czynności higienicznych i pielęgnacyjnych pozwalających prawidłowo zaopatrzyć stomię i, co najważniejsze zminimalizować lęk i obawy chorego o zabrudzenie i związane z tym zawstydzenie i zażenowanie w obecności innych osób. Przed wypisem chorego ze szpitala należy upewnić się, że chory (lub w przypadku ograniczonej sprawności psychofizycznej – członek rodziny/opiekun chorego) potrafi samodzielnie pielęgnować stomię i że poradzi sobie w warunkach pozaszpitalnych.

Najważniejsze obszary edukacji pooperacyjnej:

– sprzęt stomijny (rodzaje i typy worków stomijnych, dobór worka stomijnego, technika zakładania i wymiany worka, dodatkowe akcesoria do pielęgnacji stomii, zasady refundacji sprzętu stomijnego, adresy sklepów oferujących sprzęt stomijny),
– pielęgnacja stomii i otaczającej skóry (ocena stomii i ewentualnych powikłań, wykonywanie toalety ciała, mycie otaczającej skóry, stosowanie środków do pielęgnacji skóry wokół stomii),
– odżywianie (zasady prawidłowego odżywiania, zalecenia dietetyczne, postępowanie w przypadku biegunek/zaparć),
– w przypadku kolostomii – nauka irygacji,
– wsparcie (grupy wsparcia, psycholog, organizacja Pol-Ilko, wolontariusze, poradnie stomijne) [4, 6, 7, 10, 11].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Odległy okres pooperacyjny

Odległy okres pooperacyjny rozpoczyna się w momencie uzyskania przez chorego wypisu ze szpitala i skierowania go do najbliższej miejscu zamieszkania poradni stomijnej. Jest to czas, w którym chory rozpoczyna nowy okres w życiu – weryfikuje zdobyte w czasie hospitalizacji umiejętności, uczy się samodzielnego życia i możliwie normalnego funkcjonowania ze stomią. Często dopiero w domu pojawiają się liczne pytania, wątpliwości i problemy. Stąd chory nie powinien być pozostawiony bez wspierającej go opieki poradni stomijnych i towarzystw skupiających osoby ze stomią. Wzajemne wsparcie, wymiana doświadczeń i towarzystwo osób zmagających się z tym samym problemem pomaga chorym w podejmowaniu aktywności i tych samych ról społecznych, jakie pełnili przed zabiegiem. Ułatwia im powrót do normalności [7, 9, 10, 11].

Najważniejszym celem opieki nad chorym jest pomoc choremu w akceptacji siebie ze stomią i przygotowanie do dalszego życia. Dotyczy to wszystkich etapów leczenia i pielęgnowania, zmierzających ostatecznie do poprawy jakości życia chorych, ich rehabilitacji i pełnej adaptacji biopsychospołecznej.

Piśmiennictwo

1. Banaszkiewicz Z., Jarmocik P., Cierzniakowska K., Szewczyk M.T.: Osoba ze stomią w XXI wieku. Annales Academiae Medicae Bydgostiensis 2004, 18, (3): 13-16.

2. Banaszkiewicz Z., Jawień A.: Wskazania, rodzaje i technika wykonania stomii. Valetudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej 2002, (7), 3: 8-15.

3. Cierzniakowska K., Szewczyk M.T., Cwajda J., Stodolska A., Jawień A., Banaszkiewicz Z.: Wybrane procedury w opiece okołooperacyjnej nad chorym ze stomią. Przewodnik Lekarza 2005, 2, (74): 87-93.

4. Cierzniakowska K., Szewczyk M.T., Banaszkiewicz Z., Jawień A.: Irygacja. Valetudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej 2002, (7), 3: 30-32.

5. Cassileth B.R., Lusk E.J., Miller D.S., Brown L.L., Cross P.A., Tenaglia A.N.: Psychosocial status in chronic illness: A comparative analysis of six diagnosis groups. New England Journal of Medicine 1984, 311, 506-511.

6. Cwajda J., Idczak H., Szewczyk M.T., Banaszkiewicz Z., Cierzniakowska K., Jawień A.: Potrzeby i oczekiwania edukacyjne pacjentów z kolosto-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

mią. Valetudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej 2004, 2, (9): 114-119.

7. Góral R.: Chirurgia okrężnicy i odbytnicy. PZWL, Warszawa 1993, 420-25.

8. Jawień A., Banaszkiewicz Z., Cierzniakowska K., Szewczyk M.T., Stodolska A.: Zapobieganie powikłaniom skórnym ileostomii poprzez edukację. Annales Academiae Medicae Bydgostiensis 2004, 18, (3): 25-28.

9. Szewczyk M.T., Jawień A.: Holistyczny model pielęgnowania chorego z nowotworem jelita grubego i kolostomią. W: Mackiewicz Z. (red), Wybrane zagadnienia z chirurgii. T-3, Fundacja Polski przegląd Chirurgiczny, 1999, 438-445.

10. Szewczyk M.T., Cierzniakowska K., Cwajda J., Stodolska A., Jawień A., Banaszkiewicz Z.: Opieka nad chorym z raną wokół stomii. Przewodnik Lekarza 2005 nr 4, 92-96.

11. Szewczyk M.T., Wrońska I.: Rehabilitacja oddechowa chorych w procesie pielęgnowania. Valetudinaria- Post. Med. Klin. Wojsk. 1999, 4, 1-2: 76-79.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Rozdział 9
Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego z założonym drenem

Violetta Górna, Katarzyna Cierzniakowska, Alina Stodolska

W wyniku wielu zabiegów operacyjnych, wykonywanych zarówno w trybie pilnym, jak i planowanym, zachodzi konieczność założenia drenażu. Różne rodzaje drenów zakładane są między innymi do: jamy otrzewnej, jamy opłucnej, światła narządów (pęcherz moczowy, żołądek, jelito, przewody żółciowe), światła naczyń krwionośnych. Każdy dren (cewnik) wymaga odpowiedniego zabezpieczenia i umocowania za pomocą szwu, przylepca czy też opatrunku [6].

Definicja: Cewnik – jest to delikatna rurka, którą można wprowadzać do organizmu (do żył, tętnic, pęcherza moczowego, dróg żółciowych, żołądka i jelit itd.) w celu utworzenia dostępu do wewnątrz i na zewnątrz. Szczególną jego postacią są dreny i zgłębniki (sondy) [1].

Drenaż zakładany jest najczęściej w celu:

- zapewnienia swobodnego odpływu płynów ustrojowych, takich jak: wydzielina przyranna, krew, treść pokarmowa, mocz,
- ewakuacji treści ropnej,
- umożliwienia płukania jam ciała,
- odbarczenia gazów (np.: powietrza z jamy opłucnej),
- podawania leków,
- karmienia chorego.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Dreny łączą wnętrze organizmu ze środowiskiem zewnętrznym. Spełniając swoje zadanie jednocześnie niosą niebezpieczeństwo dla chorego, ponieważ mogą stanowić źródło wtargnięcia drobnoustrojów do wnętrza organizmu. W celu ograniczenia zakażeń należy przestrzegać wszelkich zasad aseptyki i antyseptyki.

Chory powinien być poinformowany odnośnie sposobów postępowania w sytuacji kiedy ma założony dren, sondę lub inne cewniki.

9.1. Charakterystyka sylwetki psychofizycznej chorego

Wielostronne przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego nakłada na pielęgniarkę konieczność założenia u niego kaniuli do żył obwodowych, czasami założenia sondy do żołądka, wykonania wlewu przeczyszczającego, czy założenia cewnika do pęcherza moczowego. Dla chorego, tego rodzaju działania przynoszą negatywne doznania. Obecność „rurek" w jego organizmie budzi lęk i poczucie dyskomfortu. Chory boi się wykonywać jakiekolwiek ruchy, ażeby nie wywołać bólu, nie spowodować „wypadnięcia" drenu czy jego zagięcia lub uszkodzenia. Najczęściej leży nieruchomo, narażając się tym samym na pojawienie się powikłań ze strony układu oddechowego, układu krążenia, układu ruchu [7].

Tabela 1. Najczęściej używane dreny.

Rodzaj drenu	**Charakterystyka**	**Sposób połączenia**
Redon – dren połączony z butelką plastikową lub szklaną (wymiana codziennie o tej samej porze lub gdy jest wypełniony do połowy, jak również wtedy, gdy nie ssie).	Założony pod skórą, wzdłuż rany pooperacyjnej, z licznymi otworami na całej długości rany. Przyszyty do powierzchni skóry.	Wytwarzanie próżni.
Penros'a – tworzywo sztuczne	Obszar rany, położony w jamie otrzewnej między narządami. Przyszyty do powierzchni skóry.	Odprowadzony do worka lub w opatrunek.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Tabela 1. cd.

Cewnik z tworzywa sztucznego z prowadnicą do drenażu przeskórnego – (cienki, długi) różne rozmiary od 6F-12F lub igła typu trokar.	Do nakłucia jamy otrzewnej. Przyszyty do powierzchni skóry i/lub prawidłowo oklejony przylepcem. Nakłucie wykonujemy w linii środkowej ciała 2-3 cm poniżej pępka lub 1/3 dolnej (zewnętrznej) linii łączącej kolec biodrowy przedni górny z pępkiem po stronie lewej. W miejscach tych nie ma mięśni (miejsca ścięgniste).	Odprowadzony do worka lub naczynia zbiorczego z podziałką, np.: butelka plastikowa.
Dreny z tworzywa sztucznego, sztywne typu Thorax, rozmiar od 20-36 F.	Do drenażu jamy opłucnej. Przyszyty do powierzchni skóry. W zależności od wskazań dren wprowadza się: – II przestrzeń międzyżebrowa w linii środkowo-obojczykowej.	Podłączamy układ ssący z trzema butlami w jednym zestawie (ssanie czynne) lub zestaw do ssania biernego.
Cewnik typu Venflon lub cienki z prowadnicą do nakłucia jamy opłucnej w celu odbarczającym lub podania leku.	– V-VIII przestrzeń międzyżebrowa w linii środkowej.	– naczynie zbiorcze z podziałką.
T'Kehra – dren gumowy.	Przetoki i drogi żółciowe. Przyszyty do powierzchni skóry.	Odprowadzony do worka do zbiórki moczu, worka stomijnego lub naczynia zbiorczego.
Cewniki do pęcherza moczowego, rozmiar 14-22, tworzywo sztuczne (Nelatona, Tiemanna).	Jednorazowe cewnikowanie – po zabiegach operacyjnych gdy po 12 godzinach od zabiegu pacjent nie oddał moczu lub pobranie próbki moczu do badania bakteriologicznego, cytologicznego itp.	Do worka do zbiórki moczu lub naczynia zbiorczego.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Tabela 1. cd.

Cewnik Foleya – gumowy.	Do utrzymania na stałe w pęcherzu moczowym. Umocowanie – wypełnienie balonika. Wskazana wymiana co 14 dni lub rzadziej w zależności od materiału z którego wykonano cewnik.	Worek do zbiórki moczu.
Cewnik typu Pezzera, Malecota, Cummingsa-Malecota (różnią się kształtem główki, zakładane podczas zabiegu operacyjnego), kauczuk.	W przetokach nerkowych. Wymieniane co 14-21 dni. Przyszyty lub umocowany opatrunkiem.	Worek do zbiórki moczu lub urostomijny.
Zgłębnik żołądkowy (różna długość i średnica). Wprowadza się przez nos lub jamę ustną. Tworzywo sztuczne.	– krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego; – zaleganie treści żołądkowej i/lub pobieranie jej do badania; – niedrożność jelit; – po zabiegu operacyjnym na jelicie grubym i cienkim; – po perforacji. Umocowanie to prawidłowo założony opatrunek nieprzytwierdzony zbyt sztywno, aby mógł łatwo się przemieszczać wraz z ruchami głowy – „strzemiączko” z przylepca między sondą a nosem.	Do naczynia zbiorczego z podziałką.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Tabela 1. cd.

Zgłębnik Sengstakena-Blakemore'a – gumowy.	– krwawienia z żylaków przełyku. Umocowanie – wypełnienie dwóch balonów (żołądkowy i przełykowy) powietrzem, następnie zgłębnik należy obciążyć ciężarkiem o masie 0,5 kg zawieszonym na bloczku nad łóżkiem chorego. Zbyt duże obciążenie może doprowadzić do przemieszczenia się balonów do góry.	
Flocare – poliuretanowy zgłębnik do żywienia z prowadnicą.	– po zabiegach operacyjnych na żołądku, przełyku. Przymocować zgłębnik przylepcem. Płukać go co 8 h (25-50 ml wody) jak również przed i po każdym karmieniu. Wymieniać co 6 tygodni.	
– PEG – przezskórna endoskopowa gastrostomia, gastrostomia przezskórna operacyjna. Zgłębnik poliuretanowy, widoczny w badaniu RTG dzięki wtopieniu pasma znacznika.	Konieczność żywienia dojelitowego. Bezpieczny i długotrwały bezpośredni dostęp do żołądka, bez ryzyka podrażnienia błony śluzowej żołądka.	Silikonowa płytka zewnętrzna – służy do umocowania cewnika od zewnątrz do powłok brzusznych. Tuż powyżej płytki mocującej nakłada się specjalną klamrę, która dodatkowo zabezpiecza utrzymanie pożądanej pozycji zgłębnika. Od wewnątrz zgłębnik jest zaopatrzony w trzypłatową silikonową płytkę – służącą do zakotwiczenia w żołądku.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Tabela 1. cd.

Cewniki do wkłuć centralnych (jedno-, dwu-, lub trzykanałowe): – do żyły podobojczykowej, – do żyły szyjnej zewnętrznej. Zbudowane z lateksu. Długość cewnika 20 lub 30 cm z prowadnicą (np. zestaw typu Arrow).	Zakładany w celu: – pomiaru ośrodkowego ciśnienia żylnego, całkowitego żywienia pozajelitowego, długotrwałego podawania leków we wlewie dożylnym. Przyszyty do powłok skórnych + dodatkowy opatrunek, najlepiej przezroczysty (błona półprzepuszczalna – Opsite, Tegaderm).	
Krótkie kaniule z tworzywa sztucznego typu „Venflon".	– mała traumatyzacja naczynia, – długotrwałe utrzymanie w świetle naczynia, bez ograniczenia ruchów chorego. Umocowanie – przylepiec typu vena-plast lub Opsite, czy też Tegaderm lub inne z typu błon półprzepuszczalnych.	wlewy dożylne, podawanie leków. Kaniule zamknięte koreczkiem, który wymieniamy codziennie. Po zakończeniu wlewów kaniule przepłukujemy roztworem heparyny, lub zakładamy mandryn.

Rodzaje drenów i ogólne zasady pielęgnowania chorego z założonym drenem

Podstawowe zasady pielęgnacyjne, których należy przestrzegać przy każdym rodzaju cewnika:

- miejsce wokół cewnika należy starannie pielęgnować, przestrzegając wszelkich zasad aseptyki i antyseptyki,
- odkażanie miejsca wyjścia cewnika,
- oczyszczanie rany z wydzieliny,
- oglądanie rany pod kątem zakażenia tj. zaczerwienienie, ból, obrzęk, wydzielina,
- w związku z pojawiającą się niekiedy wydzieliną wokół drenu, należy zawsze skórę zabezpieczyć wchłanialną włókniną – kompresy gazowe lub włóknikowe,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

• cewnik powinien być dobrze umocowany, aby się nie przesuwał i nie podrażniał dodatkowo skóry lub błony śluzowej (przylepiec lub/i założenie szwu),

• należy pamiętać o tym, że zbyt długie pociąganie szwu może doprowadzić do martwicy skóry, występuje też proces zapalny okolicy szwu co może zakończyć się powolnym przecięciem skóry – dlatego pomimo założonego szwu należy dodatkowo umocować cewnik np. przylepcem,

• cewnik leżący na skórze dobrze jest umieścić w pętli, aby przy omyłkowym pociągnięciu, siły zadziałały na pętle, a nie na szew,

• przylepiec z cewnika usuwać delikatnie i ostrożnie – można sobie pomóc za pomocą środków dezynfekcyjnych zawierających alkohol [3, 4, 6].

9.2. Działania pielęgniarki wobec chorego

1. Działania opiekuńcze

Chory jak i jego rodzina często po raz pierwszy mają kontakt ze środowiskiem szpitalnym, zabiegiem operacyjnym, dlatego zadaniem pielęgniarki jest pomoc pacjentowi w adaptacji do nowej roli – roli chorego. Adekwatna reakcja na aktualne potrzeby podopiecznego ma pozytywny wpływ na okres zdrowienia. Pielęgniarka, między innymi:

• przygotowuje chorego do zabiegów diagnostycznych i operacyjnych,

• pomaga choremu w zachowaniu właściwej pozycji podczas zakładania drenu, cewnika zgłębnika,

• pomaga choremu w zakresie uruchamiania, zmiany pozycji,

• stosuje działania niwelujące przykre doznania bólowe,

• dba o bezpieczeństwo fizyczne chorego i jego komfort psychiczny,

• udziela informacji, rozmawia z chorym i jego rodziną w celu przełamywania barier lęku, strachu, bólu i niepokoju [8].

Wskazówki pielęgnacyjne – chory z drenażem jamy opłucnej:

• zabezpieczenie drenów na czas wymiany butli lub transportu chorego,

• zawsze w pobliżu chorego powinny znajdować się dwa klemy, aby w razie nieszczelności drenów lub uszkodzenia butli można było natychmiast zacisnąć dren odprowadzający z opłucnej,

• nie wolno unosić butli ponad poziom klatki piersiowej chorego, ponieważ płyn z butli może się cofnąć do jamy opłucnej,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

• sprawdzamy kilkakrotnie w ciągu doby szczelność drenów,
• zwracamy uwagę na zabarwienie skóry chorego, częstość tętna i oddechów,
• zachęcamy pacjenta do głębokiego kaszlu, który zapobiega niedodmie i przyczynia się do rozprężania płuc,
• prowadzimy ćwiczenia oddechowe i ruchowe. Bezpośrednio po wprowadzeniu drenu gimnastyka taka powinna trwać ok. 15 min.; w kolejnych dobach leczenia kontynuuje się ćwiczenia oddechowe.

Czas trwania drenażu:

• odma opłucnowa – 3-5 dni od chwili całkowitego rozprężenia się płuca i ustaniu przecieku p/dren powietrza,
• ropniak opłucnej – 3 dni od chwili całkowitego ustąpienia wypływu treści ropnej, przy obrazie całkowitego rozprężenia płuca po wykonaniu zdjęcia RTG,
• krwiak jamy opłucnej i stan po zabiegu torakotomii – gdy objętość płynu nieropnego wyniesie mniej niż 100 ml. A w obrazie radiologicznym płuco jest rozprężone.

Dren z jamy opłucnej zawsze usuwają dwie osoby we współpracy z chorym. Pacjent wykonuje kilka szybkich wdechów i głębokich wydechów, po czym po maksymalnym wdechu następuje wydłużony wydech i w tym czasie jedna osoba usuwa dren, a druga zaciska węzeł szwu materacowego [5].

Wskazówki pielęgnacyjne – chory z drenażem jamy otrzewnej i drenażem Redona:

• kontrola miejsca założonego drenu pod kątem krwawienia, zakażenia, ilości płynu,
• odnotowanie w karcie ilości i barwy płynu,
• kontrola stanu ogólnego chorego,
• unikanie pociągania za dreny,
• zwracać uwagę na zagięcie się drenu czy też zatkanie,
• przy dużej ilości płynu możemy założyć na dren worek urostomijny – ułatwi to uruchamianie chorego, ochroni skórę wokół drenu przed maceracją oraz ułatwi pomiar ilości wydzieliny,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

• wczesne uruchamianie pacjenta z drenem, poinformowanie o sposobie wstawania i pomoc w pionizacji tak, aby nie doszło do powikłań np: przemieszczania lub wyrwania drenu,
• prawidłowe umocowanie drenu za pomocą przylepca bądź samoprzylepnej folii z jałowo wyciętym otworem na dren,
• pielęgnacja samego drenu jak i skóry wokół niego,
• wymiana pojemników zbierających wydzielinę,
• obserwacja powłok skórnych pod kątem podrażnienia lub przerwania przez szew mocujący dren do skóry,
• w przypadku drenu Redona sprawdzić czy pojemnik wytwarza odpowiednie podciśnienie, a w razie wątpliwości wymienić butlę, wcześniej zaciskając dren [2, 5].

2. Działania wychowawcze

Pielęgniarka określa deficyt wiedzy chorego, który będzie poddany interwencji chirurgicznej, a następnie przygotowuje go do współpracy i współdziałania podczas zabiegów pielęgnacyjnych i leczniczych. Uświadamia choremu cel działania i uprzedza go o niewygodach związanych z założeniem poszczególnego drenu, cewnika, zgłębnika itp. Informuje chorego w jaki sposób powinien zachować się w gabinecie zabiegowym (pozycja ułożeniowa, faza wdechu i wydechu). Uczy właściwego reagowania w przypadku wystąpienia jakichkolwiek powikłań np. bólu, uczucia ucisku, pieczenia. Ażeby zminimalizować jego niepokój, lęk i obawy, podczas rozmowy z podopiecznym zachowuje spokojny ton wypowiedzi, mówi językiem zrozumiałym dla chorego, wykazuje dużo wyrozumiałości i cierpliwości. Nie wolno sprawić wrażenia osoby zagonionej i spieszącej się. Chory wie, że nigdy nie należy pociągać za dreny, jak również nie zmieniać siły ssania i bez poinformowania nie wolno samodzielnie opróżniać zawartości worków czy innych pojemników do pomiaru objętości płynów. Cewniki zabezpieczać tak żeby pacjent nie zrobił sobie krzywdy i nie czuł dyskomfortu związanego z umocowaniem go [7, 8].

3. Działania terapeutyczne

Realizowanie zadań z zakresu tej funkcji wiąże się z wykonywaniem przez pielęgniarkę pewnych czynności:

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

• przygotowanie sprzętu i aparatury do zabiegu,
• przygotowanie chorego – podanie premedykacji,
• asystowanie lekarzowi w przeprowadzeniu nakłuć jam ciała, badaniach, wziernikowaniu i innego typu zabiegach chirurgicznych przy łóżku chorego,
• dokumentacja wykonanych czynności pielęgniarskich typu prowadzenie bilansu płynów, zapisywanie ilości, charakteru wydzielin z drenów – po zabiegu operacyjnym, po nakłuciu, założeniu zgłębienia, cewnika itp., obserwacji prawidłowo założonego opatrunku,
• informowanie lekarza o wszelkich zaistniałych nieprawidłowościach.

Usuwanie drenów asekuracyjnych:

• dreny asekuracyjne (np. Penrose'a) 2-6 doba po zabiegu operacyjnym, po uprzednim zaobserwowaniu ilości, barwy i zapachu wydzielanej treści,
• usuwamy „na wydechu", po wcześniejszym usunięciu szwu,
• dren Redona usuwamy w czasie ssania ruchem jednostajnym. Zbyt szybkie wyrwanie drenu może uszkodzić tkanki i wywołać ból,
• o wszelkich naszych działaniach informować chorego i ściśle z nim współpracować,
• dren Kehra usuwamy w 9 dobie po zabiegu operacyjnym po wcześniejszym wykonaniu badania kontrastowego – cholangiografii p/dren w RTG,
• zakładać odpowiednie przedłużenia do drenów, żeby nie były zbyt krótkie, ale również nie mogą leżeć na podłodze lub mieć duże pętle. Zmniejsza to siłę odpływu.

Podczas każdej czynności zachowanie pielęgniarki powinien cechować spokój, opanowanie i pewność wykonania. W ten sposób zdobywa ona zaufanie pacjenta, który jest spokojny i czuje się bezpieczny [4, 5, 6].

4. Działania rehabilitacyjne

Mają na celu przywrócenie pełnej sprawności choremu oraz ochronę przed wystąpieniem powikłań na, które jest on narażony z tytułu choroby podstawowej, jak również wynikających ze sposobu leczenia (operacja, założone dreny). Pielęgniarka uczy chorego umiejętności radzenia sobie w chwilowej zmianie sytuacji życiowej. Pacjenci z założonymi dre-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

nami bronią się przed poruszaniem nawet w obrębie łóżka i przed wykonywaniem głębokich oddechów ze względu na towarzyszące tym czynnościom dolegliwości bólowe.

U chorych z drenażem jamy opłucnej, na plan pierwszy wysuwają się działania z zakresu usprawniania oddechowego. Wykonywane ćwiczenia przyczynią się do rozprężania płuc.

Gimnastyka oddechowa i kinezyterapia wpływają korzystnie na pracę układu pokarmowego, pobudzają leniwą perystaltykę jelit oraz zmniejszają zaleganie treści w żołądku.

Ćwiczenia pęcherza moczowego – zaciskanie cewnika kilkakrotnie przed jego usunięciem spowoduje łatwiejsze przystosowanie się pęcherza moczowego do jego ponownego wypełnienia się [2, 3, 7, 8].

Podsumowanie

Rozwój medycyny, zwłaszcza medycyny specjalistycznej, z jednej strony dostarcza nieustannie nowych problemów wynikających z konieczności zaopatrywania sztucznych otworów ciała, przetok, drenaży, cewników utrzymywanych często przez długi czas lub wręcz stale; z drugiej zaś strony – oferta przemysłu farmaceutycznego, z którą spotykamy się dziś na co dzień w praktyce szpitalnej i ambulatoryjnej, jest coraz bogatsza i coraz bardziej dostępna. Stawia to przed pielęgniarką wymóg poszerzania wiedzy także w tym zakresie. Pielęgniarka ponadto jako członek zespołu terapeutycznego tworzy atmosferę zaufania, spokoju i poszanowania godności osobistej każdego chorego, również podczas wykonywania zabiegów chirurgicznych w gabinecie zabiegowym lub sali operacyjnej.

Piśmiennictwo

1. Bogusz J.(red): Encyklopedia dla pielęgniarek. PZWL W-wa, 1991.
2. Fibak J.: Chirurgia. Repetytorium. PZWL, W-wa 2004.
3. Herbert H., Juan E. Sola, Keith D., Lillemoe, Staniszewski A. (red): Najczęstsze zabiegi chirurgiczne przy łóżku chorego. Wydawnictwo Medyczne Urban& Partner, Wrocław 1997
4. Huber A., Karasek-Kreutzinger B., Jobin-Howald U.: Kompendium Pielęgniarstwa PZWL,W-wa 1995.
5. Rowiński W., Dziak A.: Chirurgia dla pielęgniarek. PZWL, W-wa 1999.
6. Sobolewska E. (red): Opatrunki. Urban&Partner, Wrocław 1999.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

7. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red): Podstawy pielęgniarstwa. Założenia teoretyczne – tom I. Czelej, Lublin 2004.
8. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red): Podstawy pielęgniarstwa. Wybrane działania pielęgniarskie – tom II. Czelej, Lublin 2004.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Rozdział 10
Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego odżywianego drogą dojelitową

Katarzyna Cierzniakowska, Maria T. Szewczyk

Odżywianie chorego drogą dojelitową oznacza podaż niezbędnych składników odżywczych bezpośrednio do światła żołądka lub jelita czczego. Podstawą rozpoczęcia tego rodzaju żywienia jest zachowanie pasażu i wchłaniania jelitowego poniżej miejsca podawania pokarmu. Żywienie dojelitowe może stanowić jedyną formę odżywiania lub jest stosowane jako uzupełnienie żywienia drogą doustną albo żywienia pozajelitowego [1, 5, 10].

Wskazania do odżywiania chorego drogą dojelitową stanowią wszystkie stany chorobowe, w których żywienie doustne z wykorzystaniem normalnego pokarmu jest niewystarczające, niemożliwe lub przeciwwskazane [11]. Wymienić należy:

- nowotwory głowy i szyi,
- nowotwory złośliwe przełyku i żołądka,
- choroby jamy ustnej,
- niedrożność przełyku,
- niedrożność odźwiernika,
- stany po urazach,
- przewlekłe choroby neurologiczne ze znaczną dysfagią,
- ciężką chorobą wymagającą przedłużonej wentylacji mechanicznej,
- niedożywienie towarzyszące chorobom onkologicznym,

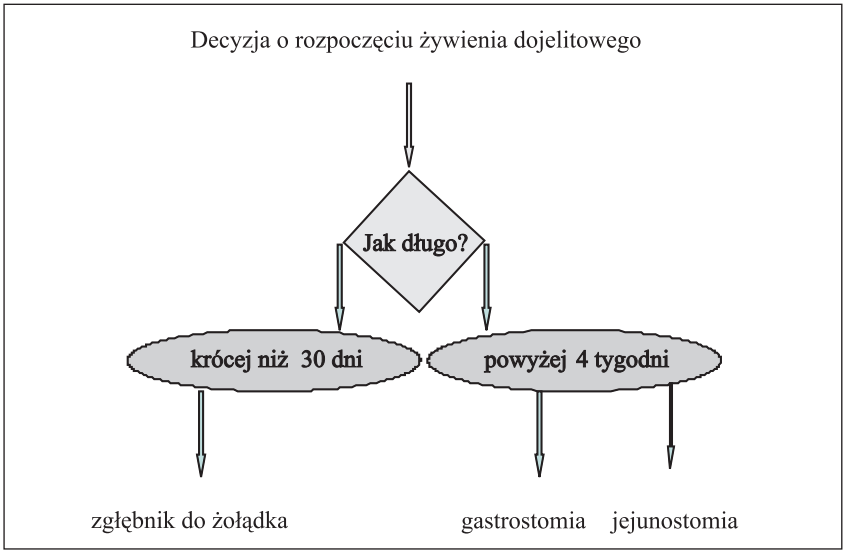
Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

- stany po zabiegach operacyjnych,
- zapalne choroby jelit,
- nasilony katabolizm [2, 6, 8, 10, 13].

Obecnie, jeżeli nie występują przeciwwskazania do prowadzenia żywienia dojelitowego, jest ono stosowane częściej niż żywienie pozajelitowe, ponieważ jest bezpieczniejsze, prostsze, tańsze i bardziej fizjologiczne [4, 10].

Zaletą żywienia dojelitowego jest możliwość podaży bezpośrednio do przewodu pokarmowego substancji odżywczych o składzie i konsystencji zbliżonym do naturalnego żywienia. Ponadto taki sposób podaży diety wykorzystuje i utrzymuje prawidłowe procesy wchłaniania i trawienia zachodzące w przewodzie pokarmowym, zapobiega zanikowi błony śluzowej układu pokarmowego, wpływa na zachowanie fizjologicznej flory jelitowej jak również wywiera działanie na pracę układu nerwowego, gdyż warunkuje odpowiednie wydzielanie enzymów trawiennych, ukrwienie i motorykę jelit [2, 8].

Po podjęciu decyzji o wdrożeniu u chorego żywienia dojelitowego należy wybrać sposób dostępu dojelitowego (ryc. 1). W tym celu, w



Ryc. 1. Wybór drogi żywienia.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

pierwszej kolejności, określa się przewidywany okres żywienia, chorobę podstawową, warunki anatomiczne, stan zdrowia chorego, a czasem jego preferencje. Następnie uzyskuje się dostęp dojelitowy poprzez wprowadzenie zgłębnika przez jamę nosową lub przez powłoki brzuszne, umieszczając jego końcówkę w żołądku lub jelicie cienkim [10].

Dostęp do przewodu pokarmowego w żywieniu dojelitowym uzyskuje się poprzez:

- założenie zgłębnika do żołądka, bez zabiegu operacyjnego – jest to najprostszy sposób,
- wprowadzanie zestawów żywieniowych drogą przezskórną dzięki wykorzystaniu bezpiecznych technik endoskopowych – w ten sposób wykonuje się przezskórną endoskopową gastrostomię (PEG) i przezskórną endoskopową jejunostomię (PEJ),
- założenie zgłębnika do światła przewodu pokarmowego śródoperacyjnie,
- wykonanie gastrostomii lub jejunostomii odżywczej metodą operacyjną [3, 6, 7, 11, 12].

W leczeniu żywieniowym ogromne znaczenie ma dobór diety. Podaż składników naturalnych – posiłków „kuchennych" wymaga dostosowania produktów zapewniających zapotrzebowanie na podstawowe składniki odżywcze, zachowania proporcji pomiędzy kaloriami białkowymi, węglowodanowymi i tłuszczowymi. Posiłek powinien być dokładnie zmiksowany, gdyż jego elementy mogą zatykać cienkie cewniki. Zaletą tego rodzaju odżywiania jest stosunkowo niski koszt diety „kuchennej", jednak należy mieć na uwadze, że nawet najlepiej przygotowana dieta ma bardzo niepewny skład, może zawierać składniki nietolerowane przez chorego (gluten, laktoza), a jej przygotowanie jest bardzo pracochłonne i czasochłonne. Wadą jest brak możliwości stosowania takiej diety metodą wlewu ciągłego.

Dlatego, coraz częściej w żywieniu chorych wykorzystuje się gotowe diety przemysłowe. Mają one ściśle określony skład odżywczy (zawierają wszystkie niezbędne składniki pokarmowe, w tym witaminy, mikroelementy i sole mineralne) i wartość energetyczną. Zapewniają bezpieczeństwo mikrobiologiczne i chemiczne [1, 13]. Nie zawierają glutenu, laktozy, cholesterolu i puryn, co ogranicza niebezpieczeństwo występowania alergii. Na rynku dostępne są diety kompletne: polimeryczne (Nutrni, Nutrison), oligomeryczne (Peptisorb), diety kompletne specjal-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

ne (Diason – przeznaczone do żywienia chorych z cukrzycą, jak również dostępne są diety cząstkowe, które służą do uzupełniania diet kompletnych (Fantomalt, Protifar) [1].

Mieszaninę odżywczą podaje się choremu w sposób ciągły lub w porcjach, zwiększając stopniowo dawkę. Sposób karmienia uzależniony jest od miejsca podaży diety. W przypadku żywienia do żołądka właściwe jest podawanie porcji o objętości 150-200 ml, w żywieniu dodwunastniczym – mikroporcje 20-50 ml, w podaży do jelita czczego zaleca się wlew ciągły (bez konieczności stosowania przerwy nocnej). Prowadząc żywienie enteralne chorego w warunkach szpitalnych zwykle stosowany jest wlew ciągły przy użyciu pompy infuzyjnej lub wlew grawitacyjny [1, 9, 12]. Odżywianie przez PEG i PEJ rozpoczyna się w pierwszej dobie po założeniu [12].

10.1. Charakterystyka sylwetki psychofizycznej chorego

Niedożywienie u chorych, u których istnieje konieczność podjęcia żywienia dojelitowego, występuje często na skutek braku lub upośledzenia możliwości przyjmowania pokarmów i płynów drogą doustną (niedrożność przełyku, zaburzenia czynności połykania, stany neurologiczne i inne) jak również w przebiegu choroby nowotworowej (rak żołądka, rak krtani i inne). Jednocześnie do niedożywienia usposabiają chorych takie czynniki, jak palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu. Niekorzystny wpływ na stan odżywienia chorych onkologicznych wywiera także zabieg operacyjny, chemioterapia i radioterapia.

U chorych obserwuje się znaczną utratę masy ciała, utratę siły i masy mięśniowej, obniżenie wydolności psychomotorycznej. Prawidłowa czynność poszczególnych narządów i układów zostaje zaburzona, np.: ze strony krążenia stwierdza się między innymi spadek kurczliwości mięśnia sercowego, spadek wartości ośrodkowego ciśnienia żylnego, w zakresie funkcjonowania układu oddechowego – poprzez osłabienie mięśni oddechowych pogarsza się sprawność wentylacji, a chory narażony jest na niedodmę i zakażenia dróg oddechowych, natomiast upośledzenie pracy nerek może zagrażać wystąpieniem poliurii i kwasicy metabolicznej. Poważną konsekwencją niedożywienia są zaburzenia odporności. Poza tym, często chorym niedożywionym towarzyszy apatia, rozdrażnienie, depresja. Niemożność koncentracji sprawia, że chory nie zawsze jest w stanie zrozumieć, zapamiętać i wykonać polecenia pielęgniarki [13].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Postawa pielęgniarki

Dynamiczny rozwój nowego kierunku, jakim niewątpliwie jest leczenie żywieniowe, stawia przed pielęgniarką – praktykiem szereg wymagań. Wyszczególnić należy:

- pogłębianie wiedzy i umiejętności w zakresie asystowania podczas wykonywania zabiegów endoskopowych (PEG, PEJ),
- umiejętność opieki nad chorym z założoną sondą lub przetoką odżywczą,
- wczesne rozpoznawanie powikłań (tab. 1),
- prowadzenie działań edukacyjnych wobec chorego i/lub jego rodziny,
- znajomość zagadnień z dziedziny dietetyki (np.: skład, kaloryczność diet gotowych oraz poszczególnych składników służących do przygotowania posiłku w warunkach domowych).

Zapobieganie niedożywieniu chorych, jak również uzupełnianie niedoborów, które z niego wynikają, stanowi jedno z podstawowych zadań pielęgniarek pracujących nie tylko w oddziałach chirurgicznych. Ze względu na to, że w okresie okołooperacyjnym następują w organizmie człowieka niekorzystne zmiany metaboliczne, właściwe odżywianie chorych

Tabela 1. Powikłania żywienia dojelitowego.

Mechaniczne	**Ze strony przewodu pokarmowego**	**Metaboliczne**
Zarzucanie treści do przełyku Zarzucanie treści do dróg oddechowych Zapalenie ucha środkowego Zapalenie ślinianki przyusznej Nadżerki błony śluzowej przełyku, żołądka Krwawienia z przewodu pokarmowego Przemieszczenie się drenu służącego do karmienia Niedrożność drenu Zakażenia	Biegunki Wzdęcia brzucha Nudności i wymioty Zaburzenia wchłaniania Bóle brzucha	Zaburzenia wodno-elektrolitowe Hiperglikemia Odwodnienie hiperosmotyczne Niedobór podstawowych kwasów tłuszczowych Zaburzenia gospodarki kwasowo-zasadowej

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

w chirurgii ma niebagatelny wpływ na proces zdrowienia, zmniejszenie odsetka powikłań pooperacyjnych i skrócenie czasu pobytu w szpitalu.

10.2. Działania pielęgniarki wobec chorego

Wdrożenie żywienia metodą dojelitową wymaga akceptacji chorego lub jego opiekuna, w sytuacji kiedy nie można nawiązać kontaktu z chorym. Pielęgniarka powinna zadbać o odpowiednie przygotowanie chorego i/lub jego opiekunów do rozpoczęcia „innej" formy żywienia w szpitalu oraz do jej kontynuowania w warunkach domowych.

Działania diagnostyczne

Działania diagnostyczne pielęgniarki polegają na rozpoznaniu stopnia niedożywienia chorego, chorób współistniejących oraz zakresu ograniczeń jego aktywności. W tym celu przeprowadza wywiad z chorym i/lub jego rodziną, dokonuje niezbędnych pomiarów (masy ciała, wzrostu, ciśnienia krwi, tętna) i obserwacji, pobiera krew do analiz laboratoryjnych, interpretuje wyniki badań, zapoznaje się z dokumentacją medyczną [9, 13].

Na tej podstawie przygotowuje plan opieki nad chorym.

Działania opiekuńczo-terapeutyczne

Opracowanie indywidualnego planu żywienia dla chorego (wskazanie do żywienia, wybór, diety, drogi podania, dawki) i założenie przetoki odżywczej należy do obowiązków lekarza. Zadania pielęgniarki w zakresie działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych nad chorym polegają na:

- założeniu zgłębnika do żołądka,
- kontroli jego położenia i umocowania (zapobieganie jego wypadnięciu),
- kontroli zalegania treści pokarmowej w żołądku (podać do żołądka 200 ml wody lub 0,9% NaCl, zamknąć zgłębnik, po 2 godzinach odessać – odciągnięcie 100-200 ml podanej objętości świadczy o zaleganiu; występuje niebezpieczeństwo wymiotów i zachłyśnięcia; należy zmniejszyć tempo podaży diety),
- pielęgnacji nosa (oczyszczanie, nawilżanie, natłuszczanie, zapobieganie martwicy przegrody nosowej),
- pielęgnacji miejsca wyprowadzenia gastrostomii lub jejunostomii (zmiana opatrunku, zapobieganie zakażeniom, zabezpieczenie przed przy-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

padkowym usunięciem, ocena stanu skóry powłok brzusznych, obserwacja w kierunku „wyciekania" treści pokarmowej wokół stomii odżywczej),

• przepłukiwaniu i udrażnianiu zgłębnika lub przetok odżywczych (przepłukanie przed rozpoczęciem i po zakończeniu karmienia; jeżeli jejunostomia lub gastrostomia nie jest używana, należy ją codziennie przepłukać 20-40 ml wody niegazowanej; przez dreny do karmienia nie podaje się soków i herbat owocowych – powodują ścinanie się pokarmu i ich niedrożność; nie wolno udrażniać zgłębników prowadnicą, wykorzystuje się do tego celu enzymy trzustkowe – np.: rozkruszona tabletka pankreatyny rozpuszczona w wodzie lub 4% roztworze dwuwęglanów delikatnie wstrzyknięta do zgłębnika, odczekać 15 minut i ponownie przepłukać zgłębnik),

• prowadzeniu żywienia dojelitowego (przygotowywaniu diety, karmieniu chorego, regulacji szybkości podawania, wymianie pojemników z dietą, wymianie zestawów do karmienia),

• prowadzeniu obserwacji i pomiarów:

– masy ciała (ważenie chorego),

– bilansu płynów przyjętych i wydalonych,

– częstości stolca, konsystencji, objętości (podczas stosowania diety bezresztkowej, wypróżnienie może pojawiać się raz na 9-12 dni),

– badań laboratoryjnych (hematokryt, hemoglobina, elektrolity, mocznik, albuminy i inne w zależności od stanu klinicznego chorego oraz przewidywanego okresu żywienia parenteralnego),

• podaniu choremu płynów do picia, jeżeli stan chorego na to pozwala,

• prowadzeniu toalety jamy ustnej (zapobieganie owrzodzeniom, zmianom grzybiczym, ze względu na wyłączenie górnego odcinka przewodu pokarmowego z procesów trawiennych),

• ocenie wyników leczenia żywieniowego,

• zapobieganiu powikłaniom,

• pielęgnowaniu chorego w zależności od jego stanu i wymaganej pomocy w czynnościach dnia codziennego (toaleta ciała, zmiana bielizny, usprawnianie ruchowe, gimnastyka oddechowa, zapobieganie odleżynom, eliminowanie potencjalnych źródeł zakażenia),

• prowadzeniu dokumentacji medycznej,

• przygotowaniu chorego do kontynuacji żywienia dojelitowego w domu [2, 3, 5, 6, 7, 9].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Ważne zagadnienie w pielęgnowaniu chorego z żywieniem enteralnym stanowi podawanie leków. Jeżeli jest to możliwe stosuje się leki w postaci syropów lub czopków doodbytniczych [12]. W przeciwnym wypadku tabletkę przed podaniem należy rozkruszyć i rozpuścić. Przed i po podaniu leku przepłukać zgłębnik. Podawanie kilku leków wymaga przepłukiwania zgłębnika po każdym z nich [13]. Nie wolno podawać do żołądka leków dojelitowych, nie rozpuszcza się leków podawanych podjęzykowo.

Działania rehabilitacyjne

Rehabilitacja ruchowa prowadzona przez pielęgniarkę wobec chorego ma na celu wzmocnienie poszczególnych grup mięśniowych, wzmożenie aktywności własnej chorego, zapobieganie pogłębianiu się już istniejących zaburzeń. Polega na wykonywaniu gimnastyki ruchowej biernej i czynnej oraz ćwiczeń oddechowych.

Rehabilitacja psycho-społeczna ma na celu przystosowanie chorego do „odmiennego" sposobu żywienia.

Działania edukacyjne

Zakres działań edukacyjnych pielęgniarki wobec chorego i/lub jego opiekunów jest wielokierunkowy i dotyczy:

• Utrzymania zgłębnika lub stomii odżywczej:

– nauka kontroli położenia zgłębnika i zapobiegania jego przypadkowemu usunięciu,

– zmiany opatrunków wokół przetoki odżywczej,

– utrzymania drożności.

• Żywienia:

– zapotrzebowania i składu posiłków (wyposażenie chorego i jego rodziny w wiedzę z zakresu wartości kalorycznych produktów, ich składu – białka, tłuszcze, węglowodany, witaminy, sole mineralne),

– higieny przygotowania posiłku,

– wykorzystania diet gotowych,

– techniki karmienia,

– podawania leków.

• Obserwacji: temperatury ciała, bilansu płynów, kontroli masy ciała, zaburzeń pracy układu pokarmowego (wymioty, biegunka, wzdęcia, zaparcia).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

• Higieny osobistej chorego, w tym toalety jamy ustnej i nosa.

• Posługiwania się oprzyrządowaniem do prowadzenia żywienia enteralnego, w tym obsługa pompy, aparatów oraz możliwości nabywania tego sprzętu [2, 3, 9].

Zalecane formy edukacji: pogadanka, pokaz i ćwiczenia z użyciem sprzętu.

Działania profilaktyczne

Wykonywanie procedur medycznych zawsze może być obarczone ryzykiem rozwoju powikłań. Występuje ono również podczas stosowania żywienia enteralnego. Znajomość zagrożeń wynikających z tego tytułu, daje pielęgniarce możliwość podjęcia działań prewencyjnych. Skupiać się one powinny na:

• doborze zgłębnika (średnica, długość, materiał z którego jest wykonany) i prawidłowej technice zakładania do światła przewodu pokarmowego,

• wnikliwej obserwacji chorego żywionego dojelitowo oraz właściwym doborze diety (pokrywającej pełne zapotrzebowanie na poszczególne składniki pokarmowe), podaży płynów i techniki karmienia (niebezpieczeństwo zachłyśnięcia),

• zapobieganiu zaburzeniom równowagi wodnej organizmu (osmotyczność posiłku),

• zapobieganiu zakażeniom (higiena przygotowania i przechowywania posiłków, wymiana zestawów do podawania diety co 24 godziny),

• dbałości o drożność zgłębników wykorzystywanych do karmienia [5],

• profilaktyce powikłań ze strony pozostałych, poza przewodem pokarmowym, układów (oddechowego, krążenia, ruchu, moczowego, nerwowego, narządów zmysłów, skóry), szczególnie u chorych nieprzytomnych i wyniszczonych.

Piśmiennictwo

1. Czerwonogrodzka A.: Koszty i sposoby żywienia enteralnego. Medinfo 2006, 1, 41-43.

2. Ehrsson Y.T., Langius-Eklof A., Bark T. & Laurell G.: Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) – a long-term follow-up study in head and neck cancer patients. Clinical Otolaryngology 2004, 29, 6, 740-746.

3. Erdil A., Saka M., Ates Y., et al.: Enteral nutrition via percutaneous endoscopic gastrostomy and nutritional status of patients: Five-year pro-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

spective study. Journal of Gastroenterology and Hepatology 2005, 20, 7, 1002-1007.

4. Faron K., Luff R.: The nutritional management of surgical patients: enhanced recovery after surgery. Proceedings of Nutrition Society 2003, 62, 807-811.

5. Hasik J., Hryniewiecki L., Grzymisławski M.: Dietetyka. PZWL, Warszawa 1999.

6. Kąkol D., Pertkiewicz J.: Przezskórna gastrostomia endoskopowa. Medycyna Praktyczna Chirurgia 2004, 6, 58, 63-68.

7. Lawrance P.F.: Chirurgia ogólna. Urban & Partner, Wrocław 1998.

8. Mańkowska D., Grzymisławski M.: Praktyczne aspekty żywienia pozajelitowego i dojelitowego. Nowiny Lekarskie 2000, 69, 6, 509-518.

9. Pertkiewicz M., Korta T., i wsp.: Standardy żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego. PZWL, Warszawa 2005.

10. Schattner M.: Enteral nutrition suport of the patent with cancer. Route and role. Journal of Clinical Gastroenterology 2003, 36, 297-302.

11. Talarek M., Szawłowski A. W.: Jejunostomia odżywcza cz. I. Medycyna Praktyczna Chirurgia 2005, 5, 63, 59-65.

12. Talarek M., Szawłowski A. W.: Jejunostomia odżywcza cz. II. Medycyna Praktyczna Chirurgia 2005, 6, 64, 51-54.

13. Walewska E. (red.): Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. PZWL, Warszawa 2005.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Rozdział 11
Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego narażonego na zakażenia wewnątrzszpitalne

Justyna Cwajda, Maria T. Szewczyk

Zakażeniem wewnątrzszpitalnym określa się każde zakażenie, które zostało nabyte podczas hospitalizacji chorego i nie było w okresie inkubacji w chwili przyjęcia go do szpitala [10].

Rodzaj i częstość występowania zakażeń wewnątrzszpitalnych zależy od specyfiki oddziału, stosowanych w nim procedur diagnostycznych i leczniczych oraz związanego z nimi ryzyka kontaminacji chorego. W oddziale chirurgicznym ryzyko zakażenia w największym stopniu wynika z inwazyjności zabiegów medycznych. Do najczęściej rozpoznawanych w oddziale chirurgicznym należą: zakażenia rany pooperacyjnej oraz zakażenia przenoszone drogą krwiopochodną, w tym m.in. wirusowe zapalenie wątroby typu B i C oraz AIDS [4, 14].

Jako powikłanie bezpośrednio niezwiązane z przyczyną hospitalizacji, zakażenie szpitalne może modyfikować przebieg choroby podstawowej – powodować trwałe powikłania zdrowotne, kalectwo, niekiedy nawet zgon chorego [3, 8].

Badania wskazują, że zakażenie rany pooperacyjnej – trzecia co do częstości grupa wszystkich zakażeń wewnątrzszpitalnych – 2,5-krotnie wydłużają czas hospitalizacji, tj. średnio o ok. 10 dni [9], a w przypadku

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

zakażeń gronkowcem metycylinoopornym nawet o 13 dni [7]. Równocześnie wzrasta zapotrzebowanie na opiekę, materiały i środki medyczne wpływające na dodatkowy, prawie 20% wzrost kosztów leczenia [11].

11.1 Charakterystyka sylwetki psychofizycznej chorego

Występowanie zakażeń szpitalnych obserwuje się częściej u osób starszych, z upośledzoną odpornością immunologiczną (immunosupresja), niedożywieniem lub zaburzeniami metabolicznymi (np. cukrzyca) oraz chorych z nowotworem i chorych znajdujących się w stanie kacheksji.

Ważnym czynnikiem jest czas hospitalizacji – chorzy przebywający w szpitalu dłużej (zwykle > 10 dni) częściej ulegają kontaminacji i zakażeniu specyficzną dla oddziału florą szpitalną. Częściej obserwuje się u nich zakażenie rany pooperacyjnej, wówczas gdy wspomniany, dłuższy czas hospitalizacji przypada na okres przedoperacyjny.

Postawa pielęgniarki

Pielęgniarka, jako osoba najczęściej przebywająca z chorym może być dla niego źródłem lub częściej wektorem drobnoustrojów chorobotwórczych, przenoszonych zwykle pomiędzy chorymi za pośrednictwem rąk pielęgniarki lub przez kontakt z zakażonymi przedmiotami.

Zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażeń obejmuje głównie działania zmniejszające liczbę drobnoustrojów chorobotwórczych w bezpośrednim otoczeniu chorego i/lub ograniczające jego kontakt z potencjalnym źródłem patogenów.

Do najważniejszych należą działania podejmowane przez pielęgniarkę – stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki oraz ogólnych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym. Ważną rolę odgrywa również edukacja chorych i ich rodzin – informowanie o możliwościach szerzenia się zakażeń i sposobach profilaktyki, związanych z przestrzeganiem higieny szpitalnej.

11. 2. Działania pielęgniarskie wobec chorego

Drogi przenoszenia i źródła zakażeń

Przyczyną zakażeń wewnątrzszpitalnych jest specyficzna dla danego oddziału flora bakteryjna o zróżnicowanej lekowraż-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Tabela 1. Najczęstsze drogi przenoszenia zakażeń i źródła drobnoustrojów chorobotwórczych.

Drogi przenoszenia zakażeń	**Zródło zakażenia**	**Rodzaj zakażenia**	**Podstawowe działania profilaktyczne**
Kontakt bezpośredni (dotyk)	– **ręce personelu** lub przedmioty zanieczyszczone płynami ustrojowymi, wydalinami i wydzielinami chorych, – **ręce personelu** będące zródłem endogennej flory danej osoby – przede wszystkim bakterie pochodzące ze złuszczonego naskórka i błon śluzowych osób sprawujących opiekę nad chorym, – **skażone przedmioty** będące częścią wyposażenia sali operacyjnej i oddziału, – **źle wysterylizowane** narzędzia, instrumenty i materiały medyczne wprowadzane do jałowego pola operacyjnego i/lub stosowane w pielęgnacji rany pooperacyjnej, – **inni chorzy** stanowiący rezerwuar drobnoustrojów chorobotwórczych,	– paciorkowcowe i gronkowcowe (w tym MRSA), zakażenia ran pooperacyjnych – zakażenia florą mieszaną (np. *S. aureus, Enterococcus spp., E. coli, P. aeruginosa, Enterobacter spp., C. albicans, B. fragilis* i inne), – zakażenia skórne (np. liszajec zakaźny), – cytomegalia, – opryszczka pospolita,	– mycie rąk, – stosowanie jednorazowych rękawic ochronnych, – stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki w czasie wykonywania zabiegów inwazyjnych i pielęgnacji rany pooperacyjnej, – izolacja chorych będących potencjalnym zródłem zakażenia.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Tabela 1. cd.

Droga krwiopochodna	– **źle wysterylizowane** narzędzia chirurgiczne, zakażone krew i preparaty krwiopochodne, zanieczyszczone płyny infuzyjne, – **ręce personelu** oraz sprzęt medyczny zanieczyszczone krwią lub wydzielinami innych chorych,	– wirusowe zapalenie wątroby typu B i C, – AIDS,	– mycie rąk – stosowanie jednorazowych rękawic ochronnych, – stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania zabiegów inwazyjnych, – szczepienia ochronne (WZW B) dokładna sterylizacja narzędzi,
Droga pokarmowa	– **pokarmy i woda** zanieczyszczone florą przewodu pokarmowego personelu szpitala/innych chorych, – zanieczyszczone ręce chorego,	– wirusowe zapalenie wątroby typu A, – biegunka wirusowa, – czerwonka, – salmonelloza,	– mycie rąk, – kontrola stanu zdrowia personelu medycznego oraz pracowników przygotowujących i rozdzielających posiłki dla chorych, – izolacja nosicieli i chorych,
Droga kropelkowa (wziewna)	– **wydzieliny chorych** rozproszone w powietrzu, – zanieczyszczone powietrze sal operacyjnych i sal chorych, – zanieczyszczone wentylatory lub nieprawidłowy system wentylacji.	– paciorkowcowe zakażenia dróg oddechowych, – grypa, – gruźlica płucna.	– mycie rąk, – izolacja chorych zakażonych, – stosowanie maseczek ochronnych – szczepienia (BCG).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

liwości oraz drobnoustroje chorobotwórcze przenoszone pomiędzy chorymi i/lub z personelu na chorych. Przeniesienie patogenu najczęściej odbywa się poprzez dotyk – za pośrednictwem rąk, w drodze bezpośredniego kontaktu z osobami i przedmiotami, które uległy skażeniu. Zakażenie może się również szerzyć drogą kropelkową, pokarmową oraz drogą krwiopochodną [3, 4]:

1. Ogólne zasady zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym

Wszystkie działania i czynności podejmowane przez pielęgniarkę a także innych członków zespołu terapeutycznego, powinny być wykonywane w sposób ograniczający możliwość przeniesienia drobnoustrojów chorobotwórczych i zmniejszający ryzyko zakażenia do minimum. Rozprzestrzenianie się patogenów zarówno pomiędzy chorymi, jak i pomiędzy chorymi a personelem można ograniczyć przestrzegając prostych i jednocześnie niewymagających większego wysiłku zaleceń.

Do najważniejszych z nich należą:

- mycie rąk przed i po wykonaniu każdej czynności przy chorym, po zdjęciu rękawic ochronnych oraz każdorazowo po jakimkolwiek kontakcie z materiałem zakaźnym (np. krew, płyny ustrojowe, wydaliny, wydzieliny, zanieczyszczone przedmioty),
- unikanie bezpośredniego kontaktu z materiałem zakaźnym – stosowanie jednorazowych rękawic ochronnych (osobnych dla każdego chorego), zwłaszcza podczas czynności, którym towarzyszy kontakt z krwią, płynami ustrojowymi, wydalinami i wydzielinami oraz materiałem skażonym (np. dreny, opatrunki),
- stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania zabiegów inwazyjnych;
- właściwa segregacja i utylizacja odpadów medycznych – osobne, dokładnie oznaczone worki na odpady medyczne (materiały zakaźne) i przedmioty mogące spowodować skaleczenie (igły, strzykawki, ostre końcówki),
- zapewnienie właściwej dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego, materiałów i bielizny używanych w opiece nad chorym,
- w przypadku chorych znajdujących się w grupie wysokiego ryzyka oraz u chorych zakażonych stosowanie jednorazowych far-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

tuchów ochronnych, zabezpieczających odzież personelu przed zabrudzeniem i rozprzestrzenianiem się patogenów w środowisku szpitala,
- w przypadku zakażeń rozprzestrzeniających się drogą powietrzną stosowanie masek chirurgicznych (również przez osoby odwiedzające chorych),
- izolacja chorych zakażonych drobnoustrojami szerzącymi się drogą powietrzną lub powodującymi szczególnie groźne/trudne do zwalczenia choroby zakaźne – izolacji wymagają chorzy z zakażeniem mogącym spowodować masywne zabrudzenie lub skażenie środowiska, w tym chorzy z ranami z dużym wysiękiem, trudnym do opanowania krwawieniem, ciężką biegunką lub masywnym złuszczaniem się naskórka; izolacji wymagają głównie pacjenci z zakażonymi, rozległymi oparzeniami, cierpiący na zakażenie gronkowcem metycylinoopornym, chorujący na czerwonkę bakteryjną i salmonellozę; chorzy cierpiący na to samo zakażenie mogą przebywać w jednej izolatce,
- informowanie członków rodziny i osób odwiedzających chorych o możliwościach szerzenia się zakażeń szpitalnych, zasadach postępowania i przestrzegania higieny szpitalnej [3, 4, 6, 14].

2. Mycie i dekontaminacja rąk

W rozprzestrzenianiu się patogenów największą rolę odgrywają ręce personelu, mające kontakt z potencjalnymi źródłami drobnoustrojów chorobotwórczych. Najprostszą i najskuteczniejszą metodą zapobiegającą przenoszeniu zakażeń szpitalnych jest właściwe, tzn. częste mycie rąk z zastosowaniem odpowiedniego środka myjącego. Mycie rąk ma na celu usunięcie z nich bakterii i zanieczyszczeń, z którymi stykały się podczas pielęgnacji chorych, wykonywania zabiegów, korzystania z toalety i dotykania przedmiotów lub sprzętów, które mogły być zakażone. Ręce stanowią źródło flory przejściowej, bytującej na zdrowej skórze tylko przez jakiś czas, ale w przypadku jej uszkodzenia lub przeniesienia na inne tkanki mogącej wywołać zakażenie i rozwój choroby. Podobnie drobnoustroje stanowiące element indywidualnie zmiennej flory stałej, u każdego człowieka bytującej i namnażającej się w powierzchownych warstwach naskór-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

ka. O ile u zdrowego człowieka nie stanowią one większego zagrożenia (przeciwnie, chronią powierzchnię skóry przed kolonizacją drobnoustrojów chorobotwórczych), o tyle u chorych hospitalizowanych, o okresowo obniżonej odporności immunologicznej i z uszkodzeniem integralności skóry mogą wywołać groźne zakażenie rany pooperacyjnej [2, 14].

Skutecznym sposobem oczyszczania rąk jest ich dokładne i częste mycie z zastosowaniem ciepłej, bieżącej wody i detergentu lub środka dezynfekcyjnego. Zadaniem detergentów, zawierających środki powierzchniowo czynne jest zmniejszenie napięcia powierzchniowego lipidów naskórka, a następnie usunięcie zanieczyszczeń i redukcja bytujących na nim drobnoustrojów [13]. Środki bakteriobójcze usuwają i niszczą większość składników flory skórnej, zmniejszając liczbę bakterii w zależności od rodzaju środka dezynfekcyjnego, rodzaju i stopnia zanieczyszczenia oraz techniki i intensywności mycia [2]. Wyróżnia się kilka stopni dekontaminacji rąk, zalecanych adekwatnie do wykonywanych czynności i wymaganej czystości skóry. Uważa się, iż skuteczność mycia zależy przede wszystkim od techniki dekontaminacji, w mniejszym zaś stopniu od rodzaju użytego środka dezynfekcyjnego [14].

4. Zapobieganie zakażeniu rany pooperacyjnej

Po nacięciu skóry lub błon śluzowych podczas zabiegu operacyjnego odsłonięte tkanki zostają narażone na skażenie własną florą chorego i florą egzogenną członków zespołu operacyjnego oraz osób sprawujących nad chorym opiekę po zabiegu operacyjnym. Uwzględnienie wszystkich potencjalnych źródeł zakażenia i czynników ryzyka umożliwia prowadzenie skutecznej prewencji i zmniejszenie częstości występowania zakażeń rany pooperacyjnej.

Czynniki egzogenne, możliwe do wyeliminowania lub redukcji przed i w trakcie zabiegu operacyjnego zależą m.in. od:

- przygotowania chorego do zabiegu, w tym głównie od przygotowania pola operacyjnego,
- przedoperacyjnej dezynfekcji rąk personelu,
- jakości sterylizacji narzędzi chirurgicznych,
- kolejności wykonywanych w danym dniu operacji,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

– techniki operacyjnej,
– okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej,
– czynników środowiska szpitalnego, w tym reżimu sanitarnego sali operacyjnej, jakości systemów wentylacyjnych oraz zachowania personelu medycznego [1, 5, 6, 12].

Ryzyko zakażenia szpitalnego wzrasta także proporcjonalnie do rozległości, czasu trwania zabiegu i umiejscowienia pola operacyjnego oraz czasu hospitalizacji i pobytu chorego w szpitalu przed zabiegiem. Zależy też od wirulencji i liczby drobnoustrojów zanieczyszczających ranę. Do najczęstszych patogenów należą koagulazoujemne gronkowce, *S. ureus i epidermidis, Enterococcus spp., E. coli, P. aeruginosa, Enterobacter spp., C. albicans, B. fragilis*. Obserwuje się wzrost chorobowości z udziałem drobnoustrojów lekoopornych i wielolekoopornych, wśród których ważne są zakażenia MRSA występujące w postaci endemicznej w ok. 30% szpitali wysoko specjalistycznych [5].

5. Prewencyjne działania pielęgniarskie

I. Okres przedoperacyjny:

– identyfikacja osób z grupy zwiększonego ryzyka umożliwiająca redukcję występującego zagrożenia zakażeniem,
– optymalizacja stanu ogólnego chorych, w tym wyrównanie zaburzeń pokarmowych, wodno-elektrolitowych i metabolicznych,
– maksymalne ograniczenie pobytu chorego w szpitalu poprzedzającym zabieg – wykonanie możliwych badań w trybie ambulatoryjnym,
– przygotowanie chorego do zabiegu:
– dwukrotny przedoperacyjny prysznic (zmniejsza liczbę drobnoustrojów prawie 9-krotnie) lub kąpiel całego ciała z zastosowaniem detergentu i środka dezynfekcyjnego (w dniu zabiegu lub w noc poprzedzającą zabieg operacyjny),
– przedoperacyjne usunięcie owłosienia (chemiczne lub mechaniczne z użyciem jednorazowej golarki), wykonane możliwie w jak najkrótszym czasie przed zabiegiem,
– zastosowanie antybiotykowej profilaktyki p/bakteryjnej adekwatnie do rodzaju i czasu trwania zabiegu oraz czystości pola operacyjnego (szczególnego zabezpieczenia wymagają chorzy

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

operowani > 1 godziny, operacje wymagające zastosowania wszczepów syntetycznych, np. protez naczyniowych oraz w przypadku występowania ran czystych-skażonych, skażonych lub zanieczyszczonych i zakażonych) [6].

II. Okres okołooperacyjny (na sali operacyjnej):

- w pierwszej kolejności wykonywanie zabiegów czystych, aseptycznych, dopiero później operowanie chorych nosicieli lub osób zakażonych,
- dokładne mycie i dezynfekcja pola operacyjnego (koncentrycznie w kierunku odśrodkowym) oraz zabezpieczenie przygotowanej skóry jałowym obłożeniem operacyjnym,
- chirurgiczne mycie rąk zespołu operacyjnego, stosowanie jałowych rękawic i ubrania operacyjnego (jałowy fartuch, czepek chirurgiczny zasłaniający włosy, maseczka zasłaniająca nos i usta oraz odpowiednie obuwie),
- stosowanie sterylnych narzędzi i sprzętu z zachowaniem zasad aseptyki,
- wykorzystanie najbardziej optymalnej techniki zabiegu, ograniczającej krwawienie, uszkodzenie tkanek i pozostawienie w ranie ciał obcych,
- właściwe zabezpieczenie rany pooperacyjnej i drenów (obmycie z pozostałości płynów ustrojowych i pokrycie dopasowanym do rozmiarów rany jałowym opatrunkiem chłonnym i/lub zależnie od potrzeby opatrunkiem uciskowym/obarczającym) [1, 5, 6, 12].

III. Okres pooperacyjny:

- wykonanie pierwszej zmiany opatrunku w miarę możliwości dopiero po upływie 48 godzin od pierwotnego zaopatrzenia rany,
- wykonywanie kolejnych zmian opatrunków w zależności od potrzeb (tj. intensywności krwawienia i sączenia rany, zanieczyszczenia lub zmoczenia opatrunku) zgodnie z zachowaniem zasad aseptyki (stosowanie rękawic ochronnych, wykorzystanie jałowego zestawu opatrunkowego – pęsety, gazików, miski nerkowatej),
- podczas każdorazowej zmiany opatrunku przemywanie skóry wokół rany środkiem o działaniu dezynfekcyjnym (rany czyste w kierunku odśrodkowym, brudne/zakażone w stronę dośrodkową),

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

- utrzymanie drożności drenów oraz ich usunięcie we właściwym czasie,
- kontrola stanu rany i obserwacja objawów sugerujących miejscowe zakażenie,
- informowanie chorych o zasadach pielęgnacji rany po zdjęciu szwów i wypisie chorego ze szpitala.

Prowadzenie profilaktyki jest najprostszym i najtańszym sposobem walki z zakażeniami szpitalnymi, wymaga znacznie mniejszego wysiłku niż leczenie powikłań, wpływa ponadto na poprawę jakości opieki. Chroni chorych przed powikłaniami i czasami przed utratą życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Bulanda M., Cieniała A., Heczko B., Jawień M., Mądry R., Różąńska A., Wójkowska-Mach J.: Rekomendacje PTZSz dotyczące: zapobiegania zakażeniu miejsca operowanego. Zakażenia 2002, 2-4, 5-17.

2. Dison N.: Technika zabiegów pielęgniarskich. Wydawnictwo PZWL 1998, 77-96.

3. Dzierżanowska D., Jeljaszewicz J.: Zakażenia szpitalne. Alfa Medica Press, Bielsko-Biała 1999.

4. Garrison R.N., Fry D.E., Martin L.F., Davis J.M.: Zakażenia chirurgiczne. W: PF. Lawrence (red.) Chirurgia ogólna. Wydawnictwo Urban & Partner Wrocław. 1998, 138-151.

5. Gospodarek E., Mikucka A.: Czynniki ryzyka miejsca operowanego. Zakażenia 2005, 3, 87-91.

6. Gruza Z., Stefaniak T., Głowacki J., Connor S., Makarewicz W., Śledziński Z.: Zakażenie miejsca operowanego. Zakażenia 2004, 6, 22.

7. McGarry S.A., Engemann J.J., Schmader K.: Surgical-site infection due to Staphylococcus aureus among the elderly patients: mortality, duration of hospitalization, and cost. Control Hosp Epidemiol 2004, 25, 461-67.

8. Nestor M.S.: Perioperative use of antibiotics: preventing and treating perioperative infections. J Drugs Dermatol. 2005, 4 (6 Suppl), 34-36.

9. Nicole L.E., Huchcroft S.A., Crusoe P.J.: Risk factors of surgical wound infection among the elderly. J Clin Epidemiol 1992, 45, 375-364.

10. Nizam D.N.: Praktyczne metody kontroli zakażeń. Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych. 1999, 22.

11. Solomkin J.S., Mazuski J.E., Baron E.J., Sawyer R.G.: Infectious Disease Society of America. Guidelines for the selection of anti-infective agents for complicated intra-abdominal infections. Clin Infect Dis 2000, 15, 37, (8): 997-1005.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

12. Staszkiewicz W., Madycki G., Pawlik K.: Znaczenie zakażeń w trudno gojących się ranach. Zakażenia 2005, 3, 76-86.

13. Szewczyk M.T., Cwajda J., Jawień A.: Utrzymanie integralności skóry. Zakażenia 2005, 3, 92-95.

14. Wróblewska M.: Epidemiologia i profilaktyka zakażeń szpitalnych wywoływanych przez bakterię *Acinetobacter spp.* Zakażenia 2005, 6, 77-82.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Autorzy

Jolanta Bambrowicz
mgr pedagogiki
specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i endoskopii
pielęgniarka Kliniki Chirurgii Ogólnej
CM Wojewódzkiego Szpitala im. Biziela w Bydgoszczy

Katrzyna Cierzniakowska
mgr pielęgniarstwa, nauczyciel akademicki,
pielęgniarka Kliniki Chirurgii Ogólnej
CM Wojewódzkiego Szpitala im. Biziela w Bydgoszczy
asystent Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego CM UMK

Justyna Cwajda
mgr pielęgniarstwa, nauczyciel akademicki,
asystent Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego CM UMK

Violetta Górna
mgr pedagogiki,
pielęgniarka Kliniki Chirurgii Ogólnej
CM Wojewódzkiego Szpitala im. Biziela w Bydgoszczy

Aleksandra Popow
mgr pielęgniarstwa,
dyrektor d/s pielęgniarstwa
Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Biziela w Bydgoszczy

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330

Alina Stodolska
mgr pielęgniarstwa,
pielęgniarka Kliniki Chirurgii Ogólnej
CM Wojewódzkiego Szpitala im. Biziela w Bydgoszczy
instruktor Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego CM UMK
Maria Teresa Szewczyk
dr n. med., adiunkt, nauczyciel akademicki,
członek zarządu i założyciel Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran
Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Augiologicznego
p.o. kierownika Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego CM UMK

Robert Ślusarz
dr n. med., adiunkt, nauczyciel akademicki,
wiceprzewodniczący Sekcji Pielęgniarskiej PTNCH,
adiunkt Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego
i Neurochirurgicznego CM UMK

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6340263A37386330